

ROGERIO LOPES AZIZE

A química da qualidade de vida:
um olhar antropológico sobre uso de
medicamentos e saúde em classes médias
urbanas brasileiras

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf

Florianópolis
2002

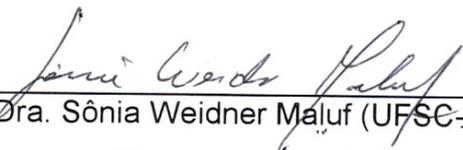
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

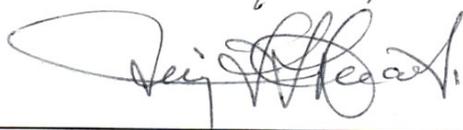
“A QUÍMICA DA QUALIDADE DE VIDA: UM OLHAR
ANTROPOLÓGICO SOBRE USO DE MEDICAMENTOS E
SAÚDE EM CLASSES MÉDIAS URBANAS BRASILEIRAS”

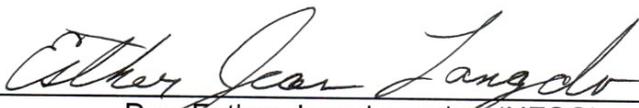
ROGÉRIO LOPES AZIZE

Orientadora: Dra. Sônia Weidner Maluf

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelas seguintes Professoras Doutoras:


Dra. Sônia Weidner Maluf (UFSC-Orientadora)


Dr. Luiz Fernando Dias Duarte (Museu Nacional – UFRJ)


Dra. Esther Jean Langdon (UFSC)

Florianópolis, 15 março de 2002.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de mais, às agências de financiamento CNPq e CAPES, por terem facultado as bolsas que possibilitaram a consecução deste trabalho, e ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo acolhimento institucional. A confecção de uma dissertação é um trabalho solitário, mas que por outro lado nunca se cumpre sem apoios que terminam por se revelar inestimáveis. Sou grato

à minha orientadora Sônia Weidner Maluf, por ter mostrado caminhos possíveis para um projeto difícil de ser implementado. Durante o mestrado, abusei de sua qualidade de, segundo ela mesma, “entender suscetibilidades”. Além disto, o seu trabalho de doutorado, sobre as culturas da nova era, foi-me grande fonte de inspiração, fornecendo dados e idéias para que eu fizesse um exercício comparativo;

a todos os informantes que partilharam comigo as suas inquietações e também àqueles que não pareciam ter grandes inquietações. Sem a sua generosa disponibilidade, o trabalho não teria sido possível. Espero que eu tenha utilizado suas falas de uma maneira responsável – compreendê-las é a razão de ser deste trabalho;

a Rafael Lopes Azize, pelas sugestões e pela revisão possível, dado o prazo apertado;

à Alinne Bonetti, pela leitura paciente e por sugestões importantes na organização do trabalho;

a Divaldo Paulino Pereira, pela amizade e pela grande ajuda na editoração, às pressas, quando o prazo final estava já batendo à minha porta;

a todos os colegas do mestrado e doutorado em Antropologia Social, que tiveram a paciência de ouvir as mesmas idéias repetidas vezes e generosidade para me presentear com suas contribuições.

Por terem dividido seu conhecimento e experiência durante o curso de mestrado, agradeço às professoras Sônia Weidner Maluf, Jean Langdon, Maria Amélia Schmidt Dickie, Ilka Boaventura Leite, Miriam Grossi e Carmen Rial. Um agradecimento especial à professora Maria Regina de Azevedo Lisbôa, que, durante a graduação em Ciências Sociais, ajudou a despertar em mim os interesses que me trouxeram até aqui.

Agradeço a amizade e os pacientes ouvidos de Enis Mazzuco, Marcos Duarte, Eduardo Riaviz e Vanessa Nahas Riaviz.

Durante alguns períodos, fez-se necessária uma certa solidão, silêncio e tranquilidade para que eu conseguisse dar novo impulso ao trabalho. Pelo espaço que me cederam em suas casas, com ou sem a presença das proprietárias, e pela confiança, sou muito grato às amigas Graça Carvalho e Cláudia Mesquita.

Agradeço aos meus pais, Azize Dibo Neto e Creusa Maria Góis Lopes, por todos os exemplos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão afeta cerca de 6% da população mundial. (...) Nos próximos 20 anos, a depressão deverá ser a maior causa de incapacitação social do planeta, perdendo apenas para as doenças cardíacas.

Jornal Folha de São Paulo, em reportagem sobre a chegada do Prozac em versão semanal, 6/09/2001.

O mundo gasta 7 bilhões de dólares por ano com antidepressivos, o segundo medicamento mais vendido (o primeiro são os remédios para doenças cardiovasculares).

Revista Veja, em reportagem sobre a depressão intitulada "A doença da alma", 31/03/1999.

A depressão é considerada a quinta maior questão de saúde pública no mundo – e, como tal, representa uma mina de ouro para os laboratórios farmacêuticos. Para se ter uma idéia, o segmento de antidepressivos movimenta globalmente 12 bilhões de dólares por ano. Só no mercado brasileiro, há sessenta medicamentos, indicados para tratar os diferentes graus da doença.

Revista Veja, em reportagem intitulada "Mais uma pílula da felicidade", sobre a chegada de um novo antidepressivo, o Ixel, 05/09/2001.

Doença dispendiosa, de alto risco, crônica e recorrente, a obesidade afeta milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive crianças. Embora não seja nova, ela assume agora proporções epidêmicas e está aumentando. Esta tendência é, sem dúvida, alarmante em virtude das doenças associadas à obesidade. (...) A obesidade é sinônimo de perda da qualidade de vida.

Site obesidade.com.br, mantido pela Roche, laboratório farmacêutico fabricante do Xenical.

O estudo mais completo sobre impotência, realizado pela Universidade de Boston, nos EUA, aponta para uma altíssima incidência do problema: 52% dos americanos com mais de 40 anos sofrem de algum tipo de disfunção sexual. (...) Ao longo dos 12 primeiros meses de comercialização no Brasil, 5 milhões de relações sexuais podem ter sido movidas, real ou psicologicamente, à base de sildenafil, nome do princípio ativo da droga (Viagra). Na ponta do lápis, isso significa que foram vendidas 13.698 unidades por dia, ou 570 por hora, ou 9,5 por minuto.

Revista Época, em reportagem intitulada "A turma do Viagra", 6/09/1999.

Novo remédio contra impotência promete agir mais rápido do que o Viagra e com menos contra-indicações. Alegria, alegria. Não vai ser por falta de pílulas que haverá falta de sexo. Isso porque está para ser lançada mais uma droga contra a impotência, mal que acomete, em algum grau, cerca de 50% dos homens acima dos 40 anos. Deve se chamar Uprima...

Revista Isto É, em reportagem intitulada "Prazer em dez minutos", 8/03/2000.

Não são poucos os que vivem este drama, o da impotência, de acordo com a psiquiatra Carmita Abdo, especializada em sexualidade, que colheu depoimentos de brasileiros de diversas regiões do país. Sua pesquisa aponta que 47% da população acima de 18 anos tem algum grau de disfunção erétil. A boa notícia é que os recursos para combater o mal estão aumentando, o que deve provocar uma nova corrida aos consultórios, fenômeno registrado em 1998, quando chegou por aqui o Viagra, do laboratório Pfizer. Até o final de outubro, as farmácias ganharão mais um medicamento para lutar contra o tormento da impotência: o Uprima, do laboratório Abbott. É mais uma arma dentro do rico mercado de drogas facilitadoras da ereção, setor que movimenta anualmente U\$ 3 bilhões de dólares no mundo.

Revista Isto É, em reportagem intitulada "Arsenal do Prazer", 27/06/2001.

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	08
Introdução – Medicamentos bons para pensar: contextualizando a discussão	09
1.1 As pílulas e a sua função	15
1.2 Diferentes, mas semelhantes: onde se cruzam as pílulas?	21
1.3 Como cheguei até aqui.....	23
1.4 Estrutura da dissertação.....	24
Capítulo 1 – Um campo diluído: os caminhos metodológicos em uma antropologia no contemporâneo urbano.	27
1.1 Eu era nativo e não sabia: minha experiência com medicamentos durante o mestrado	28
1.2 A complexidade do espaço urbano: o campo por todos os lados	33
1.2.1 Medicamentos podem encurtar distâncias	35
1.3 O campo como espaço não-metódico	37
1.4 Dificuldades em campo.....	39
1.4.1 A relação com os médicos.....	40
1.4.2 A ‘cultura da reclamação’: queixas que levam a informantes que se queixam	42
Capítulo 2 – Afirmando a <i>doença</i> : o discurso da biomedicina.....	44
2.1 Doença/Saúde e cultura: a teoria da illness, disease e sickness e a opção pela categoria nativa.....	45
2.2 Divulgando a <i>doença</i> : cenas da comunicação com o público não-usuário.....	51
2.2.1 A <i>doença</i> depressão.....	52
2.2.2 A <i>doença</i> disfunção erétil	55
2.2.3 A <i>doença</i> obesidade	59
2.3 Divulgando o medicamento: cenas da comunicação com os médicos e os usuários.....	62
2.3.1 Medicamentos para disfunção erétil	62
2.3.2 Medicamentos para obesidade.....	65
2.3.3 Medicamentos para depressão	67
2.4 Os testes auto-aplicáveis e questionários	68
2.4.1 Índice Internacional de Função Erétil	70
2.4.2 Zung Assessment Test (depressão).....	73
2.4.3 Índice de Massa Corporal (obesidade).....	77
2.5 Uma breve conclusão parcial.	80
Capítulo 3 – Não-remédios para não-curar não-doenças: o discurso dos usuários.....	82
3.1 Pílulas pelo caminho: observações sobre o itinerário terapêutico	86
3.2 Um discurso não patologizado.....	91
3.3 A interação com outros campos culturais: a cultura do corpo magro e a cultura psi ..	94
3.4 Outra breve conclusão parcial	97
Capítulo 4 – Diferentes sentidos em comunicação.....	99
4.1 Circularidade cultural: a mesma direção, diferentes sentidos.....	100
4.2 Uma história da doença e outra de si: mitos coletivos e mitos individuais	103
4.3 Saúde e qualidade de vida: valores no espírito do tempo	109
Conclusões.....	113
Referências bibliográficas	116

RESUMO

Nesta dissertação, parte-se da idéia de que os conceitos de saúde e doença, além dos limites entre estados considerados normais ou patológicos, têm grande interface com a cultura na qual estão sendo veiculados.

Tomo como objeto etnográfico tanto o discurso dos agentes da biomedicina ocidental como o discurso leigo referente aos chamados “remédios do estilo de vida”; a partir deste rótulo veiculado pelos meios de comunicação de massa, selecionei os medicamentos de maior visibilidade, a saber, as pílulas Viagra, Prozac e Xenical, mas sem desprezar pílulas fabricadas por laboratórios concorrentes, com o mesmo objetivo.

Procuro demonstrar que, dentro do sistema biomédico, diferentes significados podem ser atribuídos às idéias de doença/saúde, cura e medicamento; esta diferença fica dependente de quem emite o discurso, do lugar social a partir do qual está falando, com quem e com quais fins.

Tento colocar em prática a idéia de que os discursos de todos os agentes que circulam dentro do sistema biomédico são passíveis de análise simbólica e discursiva. Isto vale para os usuários das pílulas, como para os médicos e indústrias farmacêuticas.

Enquanto o discurso dos agentes da biomedicina concentra-se em uma definição e divulgação das doenças obesidade, depressão e disfunção erétil, os usuários que entrevistei tendem a apresentar um discurso não-patologizado, que prioriza uma história de si. Apesar desta diferença, os diferentes discursos não devem ser analisados de uma forma maniqueísta, visto que estão em constante tensão e se influenciam mutuamente.

Trabalho com a hipótese de que expressões nativas como qualidade de vida e estilo de vida, constantemente utilizadas pelos usuários dos medicamentos e pelos agentes da biomedicina ocidental, remetem a um mesmo campo semântico. Tal campo semântico seria delimitador de uma fronteira cultural nas sociedades urbanas ocidentais contemporâneas.

Palavras-chave: antropologia da saúde; qualidade de vida; medicamentos; modernidade.

ABSTRACT

The concepts of health and disease, beyond the boundaries between states considered as normal and those seen as pathological, have an important interface with the culture within which they bear applicability.

I take as my ethnographic object both the discourse of western biomedicine's agents and the layman's discourse on the so-called "lifestyle drugs". Referring to this mass-media label, I selected those drugs with greater visibility, i.e., the pills Viagra, Prozac and Xenical, but not disregarding pills with the same objective made by competing laboratories.

I envisage to show that, within the biomedical system, different meanings can be ascribed to the ideas of disease/health, cure and drug; such differences depend on who asserts the discourse, on the speaker's social status, on his/her interlocutor and on the aims of his/her discourse.

I assume that the discourses of all agents circulating within the biomedical system are susceptible of symbolic and discursive analysis. This holds to users of the pills as well as to doctors and pharmaceutical industries.

Whereas the discourse of biomedicine's agents focus on defining and publicize the diseases of obesity, depression and erectile dysfunction, the users I interviewed tend to produce a non-pathologised discourse, which prioritizes a narrative of oneself. In spite of this discrepancy, the different discourses should not be analyzed in a manicheistic fashion, as they are in constant tension and mutually influence each other.

I work on the assumption that native clauses like *quality of life* and *lifestyle*, constantly voiced by users of the drugs and by western biomedicine's agents, refer to the same semantic field. Such semantic field would demarcate a cultural zone within western contemporary urban societies.

Key-words: Anthropology of Health; drugs; modernity.

INTRODUÇÃO

Medicamentos bons para pensar: contextualizando a discussão

Eu não gosto de medicamentos; tenho uma certa resistência a consumi-los. Esta informação pode ser considerada desnecessária, a não ser que se acredite na importância de se conhecer as motivações – ao menos algumas delas – que levam à escolha do tema de uma dissertação. Acredito que esta minha resistência pessoal fez com que o sucesso de certos medicamentos entre as classes médias urbanas chamasse a minha atenção e ajudou a despertar meu interesse pela investigação do campo cultural que propicia ou possibilita este sucesso.

Independentemente do meu gosto particular, ou talvez por isso mesmo, percebi que alguns medicamentos são “bons para pensar”, como já disse Lévi-Strauss certa vez sobre a comida (ou sobre os mitos sobre a comida). Esta percepção se acentua quando se percebe que alguns medicamentos se destacam na multidão de fármacos à venda nas farmácias, seja por seu sucesso comercial, seja pelo grande apelo simbólico junto ao público consumidor, ou ainda por ambos os motivos.

Alguns destes produtos farmacêuticos, no meu modo de ver, parecem fazer parte de práticas e representações que mostram a plasticidade do campo de ação da biomedicina ocidental¹. As fronteiras de atuação da biomedicina ocidental, e, conseqüentemente, os usos que são feitos de seus medicamentos, são sensíveis ao passar do tempo, a mudanças na visão de mundo, a novas descobertas científicas. Dado esta plasticidade, categorias como medicamento, saúde, doença e cura, que parecem já estar naturalizadas dentro do sistema biomédico, enquanto sistema cultural², podem ser colocadas em perspectiva pelos agentes que circulam por esta cultura.

Pretendo mostrar aqui que, dentro do sistema biomédico, diferentes significados podem ser atribuídos às idéias de saúde/doença, cura e mesmo à idéia de medicamento. Tais significados variam conforme quem está falando, de onde está falando, com quem está falando e com quais fins. Caso esta percepção de campo fique bem demonstrada, ficará mais transparente a historicidade de certas idéias veiculadas pelos agentes da biomedicina oficial, e do sistema biomédico como um todo, algo que se contrapõe à naturalização que costuma caracterizar o seu discurso. Este trabalho filia-se a uma

¹ Por biomedicina ocidental, entendo aqui um conjunto de saberes, práticas e técnicas sobre doença/saúde, hegemônicas dentro da cultura ocidental contemporânea, cujos agentes principais são os médicos e profissionais da medicina em geral, incluindo os laboratórios farmacêuticos. Duarte (1998:17) utilizou o termo “medicina cientifizante ocidental moderna” como um sinônimo para biomedicina.

² Está em Kleinman a idéia de comparar diferentes sistemas médicos tomando-os como sistemas culturais. Por sistema biomédico entendo aqui todo o conjunto de práticas e representações que circula entre os agentes da biomedicina oficial e os usuários/consumidores dos produtos e serviços prestados.

perspectiva teórica que propõe uma reflexão sobre os aspectos simbólicos das práticas do sistema biomédico ocidental, tratando-o como mais um aspecto da cultura, e por isso passível de análise em um trabalho antropológico.

Entre as práticas do sistema biomédico ocidental está o uso de medicamentos produzidos pelos laboratórios farmacêuticos. A cultura que cerca o consumo de alguns deles é o objeto de análise desta dissertação.

Acostumados que estamos a ler as bulas dos remédios que consumimos como uma pura fonte de informação, portadoras de uma verdade cientificamente comprovada, esquecemos que este é um documento que, como qualquer outro, foi produzido por mãos humanas. Na interpretação biomédica, os eventos transcorridos entre a doença e a cura são muitas vezes lidos como fatos da natureza, de um fisicalismo incontestável. O que dificilmente é colocado em perspectiva é o fato de que esta interpretação fisicalista da doença também é uma questão de crença; muitos trabalhos em antropologia já mostraram o quanto a crença no sistema médico nativo³ pode influenciar o estado de saúde das pessoas; por que seria diferente no caso da cultura ocidental?

Do ponto de vista do antropólogo, as diversas faces de uma cultura, mesmo que seja a sua própria, inscrevem-se no campo do simbólico, oferecendo uma série de significados à análise de quem se interessar analiticamente por elas. No caso de pesquisas em antropologia urbana, que incluem questões ligadas à antropologia da saúde, Russo resumiu em poucas linhas as inquietações que podem surgir pelo caminho:

Como mostrar que um ritual explicitamente religioso é também “terapêutico”, e, ao mesmo tempo, que um ato terapêutico realizado num hospital tem inegável valor ritual. Como ultrapassar a visão estritamente biológica e objetivante do corpo humano, trazendo à cena um corpo atravessado por crenças e mitos, um corpo que ao mesmo tempo produz significação e desafia o sentido. Esta talvez seja a real vocação de uma “antropologia da saúde”: o atravessamento conceitual de fronteiras consagradas tanto pelo senso comum, quanto pelo establishment científico. (Russo, 1998:314)

Talvez o grande desafio de realizar pesquisas que incluem questões ligadas à antropologia da saúde seja realmente o de “desrespeitar as fronteiras estabelecidas e percebê-las também como fato cultural” (idem, 1998). Este desafio parece tornar-se ainda mais interessante quando o objeto de análise são práticas vinculadas à biomedicina ocidental, visto ser este um conjunto de saberes que se pretende, de maneira geral, sem

fronteiras culturais ou geográficas. Se o discurso do doente não pode ser tomado como a única verdade, mas uma interpretação, o mesmo vale para as palavras dos laboratórios farmacêuticos e dos médicos.

Concordo com Lefèvre quando ele afirma que “o sentido do medicamento não se esgota na sua dimensão terapêutica” (1991:17); pensar antropologicamente sobre medicamentos⁴ requer uma investigação sobre o seu sentido social, e um olhar analítico sobre os agentes envolvidos em sua produção, divulgação e consumo. Algo semelhante poderia ser dito sobre o conceito de doença, sobre o qual Sontag⁵ (1984:104) disse nunca ser um conceito inocente, no sentido em que está sempre atravessado pela cultura, pleno de valores simbólicos e servindo de veículo para metáforas que vão além do fisicalismo das doenças. Podemos unir a medicamento e doença o conceito de saúde, que nem sempre é um oposto simétrico de doença. Uma das idéias que recortam transversalmente esta dissertação é a de que um “idioma da saúde” vem sendo falado entre as classes médias urbanas no ocidente; e o campo semântico que cerca este idioma não está necessariamente em oposição à idéia de doença.

A expressão medicamento responde hoje por uma gama de produtos bastante heterogênea. O mercado farmacêutico mobiliza o interesse dos indivíduos e tem seus lançamentos a ocupar manchetes de jornais e capas das maiores revistas de circulação nacional, não apenas no Brasil. A expectativa de lançamento de um medicamento previsto pelo fabricante para ser um futuro sucesso pode gerar um grande aumento no valor de mercado da empresa; uma má notícia, como resultados negativos na fase de testes de eficácia clínica, descobrimento de novos efeitos colaterais ou até mortes relacionadas à ingestão de medicamentos⁶, pode gerar um efeito inversamente proporcional.

³ Especialmente nas sociedades tribais, é difícil estabelecer os limites entre terapêutica e religião (Russo, 1998).

⁴ Um esclarecimento sobre o uso da expressão medicamentos deve aqui ser feito. Uma possibilidade seria optar pela expressão remédio como uma expressão genérica para designar os produtos farmacêuticos em geral. Escolhi falar em medicamentos pela maior exatidão deste termo; remédio, na cultura ocidental, parece ter uma riqueza semântica maior, no sentido em que se presta a um número maior de usos, mais metafóricos. Medicamento pareceu-me um termo mais preciso. De qualquer forma, ambas as expressões aparecem no discurso nativo, como veremos nos capítulos 2 e 3.

⁵ A autora não está exatamente fazendo um estudo teórico sobre o tema. Trata-se de um ensaio fundamentado em sua própria experiência.

⁶ Falecimentos ocorridos após a ingestão da pílula Viagra foram notícia bastante divulgada nos meios de comunicação. Mais recentemente, a morte da cantora Cássia Eller foi relacionada à ingestão de Plasil. O laboratório fabricante reagiu prontamente, afirmando que não havia registro de nenhum caso de óbito relacionado ao consumo do medicamento.

Para o senso comum, a denominação medicamento cobre um grande conjunto de produtos com o objetivo de tratar (e, se possível, curar) estados considerados patológicos pela biomedicina. Mas vamos deixar o senso comum para trás, tentando destacar a partir deste grande conjunto de produtos denominados medicamentos uma categoria com características específicas. A partir deste “fundo impreciso da realidade” (Magnani, 1996:38) que caracteriza quase tudo o que cerca o contemporâneo urbano, desta mancha que só parece homogênea a um primeiro olhar, tentarei estabelecer uma relação entre o recente sucesso de alguns medicamentos e os valores da cultura que cerca este consumo. Atenção especial será dada ao discurso sobre a *qualidade de vida*, uma expressão tão freqüentemente utilizada quanto pouco definida, a qual voltarei em outros momentos deste texto. Como ponto de partida, tomarei as representações sociais, o significado atribuído ao consumo e o tipo de uso de certos medicamentos na cultura ocidental contemporânea. Vamos mostrar como categorias naturalizadas como doença, medicamento (ou remédio) e a idéia de cura podem ser ressignificados, dependendo do sentido atribuído à experiência de desconforto e ao tipo de uso que se faz dos medicamentos, mostrando a convivência de várias vozes e diferentes significados para estas categorias.

Não é de hoje que o mercado farmacêutico cria alguns produtos que se destacam na multidão de caixas que povoam as farmácias. Como em qualquer outro segmento que envolva produção, concorrência e consumo, alguns produtos são comunicados com mais competência e encontram consumidores, enquanto outros fracassam. Mas os últimos anos foram marcados por lançamentos que chamaram especialmente a minha atenção: refiro-me a alguns produtos que ganharam, nos meios de comunicação de massa, o rótulo de *lifestyle drugs*, ou “remédios do estilo de vida”. Ouvi pela primeira vez esta expressão em uma reportagem da revista *Época* de 6/9/1999. O tema da reportagem era a pílula Viagra, que havia sido lançada no Brasil cerca de um ano antes da data de veiculação da revista. No meio da reportagem, abre-se um box com o título “*a auto-estima em alta – o sucesso dos remédios conhecidos como ‘lifestyle drugs’, as drogas do estilo de vida*”⁷. Neste box, os remédios em destaque eram o Prozac, o Xenical e o Propézia, além do próprio Viagra que aparece como tema central da reportagem.

O rótulo “remédios do estilo de vida” interessou-me imensamente, ainda mais pelo fato de que a reportagem não trazia uma definição, deixando a categoria em aberto. Ao

tomar contato com esta reportagem, eu estava na fase de complementação de um trabalho cujo assunto era justamente o significado que estava sendo atribuído ao consumo da pílula Viagra⁸. O que seriam estas outras pílulas e qual seria sua função? Do que se trataria este rótulo no qual o Viagra e outras drogas tão diferentes em seus objetivos se enquadravam?

Posteriormente, veremos que as expressões *qualidade de vida* e *estilo de vida* tem presença freqüente nos discursos que fazem referência tanto aos medicamentos Viagra, Xenical e Prozac, quanto às doenças ou desconfortos relacionados e eles. Algumas vezes, estes discursos parecem estar relacionados à idéia de que as pílulas não são usadas somente para combater um mal, desconforto ou doença, mas funcionam como um elemento que ajuda o indivíduo a recuperar a sua “auto-estima”, outra expressão que aparece com freqüência no material de campo.

Não estou reduzindo a categoria “remédios do estilo de vida” a estes três produtos⁹. O rótulo é maior do que a minha etnografia, mas ajuda a demarcar um campo cultural ligado ao uso de determinados medicamentos. Para esta dissertação, particularmente, as marcas selecionadas para compor o ponto de partida da etnografia o foram por serem as mais visíveis, serem marcas que atingiram grande sucesso no mercado de fármacos e terem se tornado uma espécie de termo genérico para a sua linha de atuação¹⁰.

De qualquer forma, mesmo que o meu recorte diga respeito a um campo cultural, mais do que ao uso de qualquer remédio específico, escolhas arbitrárias teriam que ser feitas.

⁷ A tradução do termo em inglês *drugs* pode deixar alguma ambigüidade. A revista optou pelo termo drogas. Na minha opinião, traduzir por “medicamentos do estilo de vida” ou ainda “remédios do estilo de vida” evita a confusão com as drogas ilícitas.

⁸ Azize, Rogério Lopes. *Metáforas da masculinidade: um estudo de caso com consumidores de Viagra*. Trabalho de Conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. Mimeo.

⁹ Não incluo entre os remédios que marcam o ponto de partida desta etnografia, por exemplo, o Propécia, pílula citada na mídia como um dos “remédios do estilo de vida”. Esta pílula foi anunciada pelo seu laboratório (Merck) como a cura da calvície, sendo o primeiro remédio via oral para o “problema”. Na minha opinião, o discurso sobre esta pílula está limitado a questões estéticas; a calvície não tem o estatuto de doença que o discurso biomédico imprime à obesidade, à disfunção erétil e à depressão. Dei preferência a pílulas que tratam sintomas sobre os quais pode recair o rótulo de doenças.

¹⁰ Desenvolverei esta idéia logo a seguir.

I.1 As pílulas e a sua função

Antes de desenvolver mais o recorte desta pesquisa, faz-se necessário esclarecer o que são estes remédios e que sintomas eles se propõe a tratar. Para tanto, farei uso de uma série de informações veiculadas pela mídia, mas também nas bulas e monografias¹¹ dos medicamentos. Meus conhecimentos em farmacologia e bioquímica estão próximos do zero. Para minha sorte, não é necessário explicar o funcionamento dos medicamentos utilizando a linguagem biomédica; limito-me a descrever para que eles servem.¹²

O Prozac (fluoxetina é o elemento ativo), produzido pelo laboratório Eli Lilly, é classificado como um antidepressivo. A pílula funciona como um inibidor seletivo de serotonina, uma das substâncias encarregadas de propagar os estímulos nervosos no cérebro (os neurotransmissores), cujo desequilíbrio está associado ao mal ou ‘doença’ conhecida como depressão. Ele é a pílula mais conhecida entre as novas gerações de medicamentos com este fim. Aparentemente, o grande sucesso comercial do Prozac deu-se pelo fato desta pílula apresentar menos efeitos colaterais do que os seus antecessores no combate à depressão, os remédios conhecidos como tricíclicos¹³. Dados de 1999 apontam que as vendas da pílula Prozac superaram U\$1,6 bilhão ao ano, sendo que mais de 25 milhões de pessoas no mundo já teriam experimentado o Prozac¹⁴.

O Xenical (orlistat é o elemento ativo), produzido pelo laboratório Roche, foi lançado no Brasil no início de 1999. A pílula é “*um medicamento prescrito para controlar o peso, sendo útil para o tratamento da obesidade e do excesso de peso prejudicial à saúde*”. Caso o tratamento indicado na bula seja seguido à risca, a pílula deve ser ingerida junto com cada uma das três refeições principais do dia. Quanto à atuação, o Xenical “*age diretamente no sistema digestivo, impedindo que cerca de 30% da gordura*

¹¹ As monografias são documentos sobre os medicamentos, mais detalhados que as bulas, criados pelos laboratórios farmacêuticos e voltados para os profissionais da medicina. A química do medicamento é descrita com riqueza de detalhes, assim como os testes realizados para medir sua eficácia clínica e outras informações.

¹² Quando for necessário, não resta opção a não ser utilizar a terminologia nativa do campo farmacêutico.

¹³ Estão inseridos nesta categoria o Anafranil e o Tofranil. Estes agem diretamente na produção de serotonina e noradrenalina (neurotransmissores). A serotonina está ligada à motivação, energia e atenção, enquanto a noradrenalina está ligada à impulsividade, ao apetite e à libido.

¹⁴ Estas informações foram veiculadas na Revista Época, n.68, ano II, 6/09/1999. Infelizmente, não encontrei uma fonte para atualizar estes dados. Uma caixa com 28 pílulas, sendo que, em geral, a prescrição médica é de uma pílula por dia, sai por R\$103 ou cerca de U\$43, valores válidos para janeiro de 2002.

*ingerida com a dieta seja absorvida em cada refeição, sendo este 'excesso' eliminado com as fezes".*¹⁵ O sucesso comercial do Xenical, um certo tom de novidade e triunfalismo com o qual ele foi lançado no Brasil, está ligado à sua forma de atuação: ele não atua no sistema nervoso central, mas somente na absorção de gordura no intestino delgado. Esta característica o diferencia de outros remédios para emagrecer, muitos deles derivados de anfetaminas, conhecidos como "bolinhas"¹⁶. Como o Xenical não funciona como um inibidor de apetite, o usuário não perde a fome; apesar disso, o uso da pílula deve ser acompanhado por uma dieta com baixa ingestão de gorduras, ou o usuário pode ser acometido por diarreias, um efeito colateral apontado na bula, e do qual muitos usuários reclamam (tanto os entrevistados por mim quanto pelos veículos de comunicação). Após três meses de lançamento do Xenical no Brasil, uma reportagem informava¹⁷ que o "remédio virou mania nacional (...) chegou para dominar o mercado. Estima-se que a venda do mês de janeiro tenha sido em torno de 285 mil caixas"¹⁸.

O Viagra, produzido pelo laboratório Pfizer, é uma pílula indicada para o tratamento da impotência sexual masculina ou, segundo a bula, trata-se de "*uma terapêutica oral para a disfunção erétil*". Trata-se do primeiro medicamento oral contra a impotência¹⁹. A pílula passou a ser comercializada nos EUA em abril de 1998 e chegou às farmácias brasileiras em junho deste mesmo ano. Após três anos de comercialização no Brasil, em 2001 o Viagra passou a ocupar a posição de medicamento mais vendido no país, seguido pelo Cataflan, um tradicional antiinflamatório.²⁰ O sucesso comercial da

¹⁵ As informações sobre o Xenical que estão entre aspas neste parágrafo foram retiradas da bula do remédio.

¹⁶ As versões modernas das anfetaminas são encontrados no mercado sob o nome comercial de Desobesi-M, Inobesin, Nobese AP, Absten, Dasten, Dobesix LP, Fagolipu, Nofagus, Dualid S, Fastium, Hipofagin e Inibex. Na descrição dada pela Revista Veja, estes medicamentos são "estimulantes do sistema nervoso central, funcionam como potentes inibidores da fome, sem os riscos dos medicamentos antigos. O Brasil está entre os maiores consumidores mundiais destas drogas". Fonte: Veja Sua Saúde, parte integrante da Revista Veja, n.12, ano 34.

¹⁷ Parece-me interessante não adotar uma postura ingênua quanto ao caráter puramente "informativo" das reportagens sobre medicamentos. A confiabilidade destas reportagens, enquanto fonte de informação para uma pesquisa antropológica vai até certo limite. Estas reportagens, como veremos de forma mais aprofundada no decorrer da dissertação (especialmente nos capítulos 2 e 3), servem como um efetivo veículo publicitário para as marcas das pílulas e mesmo para o reforço da idéia de que um determinado sintoma é uma doença. O limite entre o propagandístico e o noticioso fica difícil de definir. Não tenho como confirmar, por exemplo, a informação de que as novas versões das anfetaminas não causam dependência.

¹⁸ Fonte: Revista Isto É, n.1539, 31/03/1999. O Xenical passou a ser comercializado no Brasil no dia 11/01/1999. Um mês de tratamento com Xenical sai ao custo de R\$200, ou U\$80, valor válido para janeiro de 2002.

¹⁹ Fonte: Revista Época, 06/09/1999.

²⁰ Fonte: Jornal Diário Catarinense, 18/05/2001, a partir de uma pesquisa do Instituto IMSHealth. Segundo esta mesma fonte, o faturamento com este medicamento no Brasil chegou a U\$5 milhões

pílula pode ser atribuído ao seu alto índice de eficácia clínica, mas também deve ser levado em conta que as terapêuticas anteriores para tratar o mesmo sintoma eram e ainda são consideradas altamente invasivas e desconfortáveis. Entre elas, posso citar as injeções intracavernosas, aplicadas diretamente no pênis pouco antes da relação sexual. A caixa de Viagra contendo quatro cápsulas custa em torno de R\$60, ou U\$25, valor válido para janeiro de 2002.

Atualmente, as três pílulas das quais falei respondem por uma fatia considerável do lucro de seus laboratórios. Mas Viagra, Xenical e Prozac não foram apenas um sucesso em termos comerciais. Por motivos que podem passar pela originalidade da pílula em termos da sua atuação bioquímica, ou pela competência do laboratório produtor em comunicar o seu produto para os públicos leigo e especializado, estas marcas ocupam um espaço muito especial no imaginário dos indivíduos pesquisados. Mesmo com o lançamento de outras pílulas mais modernas por laboratórios concorrentes, os remédios citados continuam, até o momento de conclusão desta pesquisa, como líderes de vendas em seus segmentos.

Apesar disto, o meu objeto de pesquisa vai além destas pílulas. É verdade que todas as pessoas com quem conversei²¹ são ou já foram usuárias de ao menos uma das pílulas citadas; mas isto não significa que seu itinerário terapêutico seja limitado a este uso. Por vários motivos os usuários podem trocar de pílula. Foi raro encontrar algum tipo de fidelidade a uma marca em especial. A escolha será influenciada pelo preço da pílula, pelo lançamento de novos produtos e outras estratégias de uso e abandono que veremos mais tarde.

Estamos frente a um itinerário terapêutico fluido, que vai além de uma marca, além do uso de medicamentos e além mesmo da fronteira das práticas associadas à biomedicina. Mais do que marcas específicas, interessa-me a cultura que cerca o consumo destes medicamentos, o sentido atribuído ao seu consumo e o cruzamento desta prática terapêutica com outras culturas e hábitos que circulam no espaço urbano ocidental contemporâneo. São estes dados que vão propiciar o estabelecimento de *fronteiras simbólicas*²² que marcam também os limites desta etnografia.

no ano da pesquisa, resultado que “está convencendo os produtores a começar a fabricá-lo no Brasil”.

²¹ Falarei no próximo capítulo sobre o que compõe os dados etnográficos, a metodologia utilizada para coletá-los e as dificuldades encontradas em campo.

²² Cf. Velho, 1981:16.

Nesta dissertação, trabalho com a hipótese de que os usuários das pílulas Viagra, Prozac, Xenical e similares dividem um campo semântico comum, um idioma que faz uso freqüente e peculiar das idéias de *saúde* e *qualidade de vida*. Mais do que uma hipótese, a idéia de campo semântico serviu como uma espécie de roteiro para o trabalho de campo, ajudando a vislumbrar pontos em comum entre relatos que se oferecem como projetos individuais a um primeiro olhar. Os usos que são feitos destas pílulas constituem “processos imersos e mediados por contextos culturais específicos” (Langdon). A idéia de campo semântico pode ser útil para ajudar na definição deste contexto. Neste sentido, uma influência importante vem da forma como Duarte (1986) utilizou esta idéia. O autor vai falar em “campo”, “esfera” e ainda “classificação semântica” para se referir a um rico e variado vocabulário ligado ao radical nervos entre as classes trabalhadoras urbanas, se comparado a um quadro mais simples do vocabulário que designa experiências de bem-estar entre estas mesmas classes (idem:31). Uma esfera semântica pode funcionar como uma boa pista etnográfica.²³

Mas, se estamos falando aqui de estratégias terapêuticas fluídas e ricas em interconexões, onde nem sempre encontrei fidelidade a apenas uma linha de tratamento, e ainda menos fidelidade a uma ou outra pílula em especial, por que o destaque dado a certas marcas como Viagra, Prozac e Xenical? A resposta não é simples, mas o caso já tem antecedentes no Brasil.

A simples menção destes nomes já remete a todo um universo ligado às doenças com as quais estes medicamentos estão relacionados (se os sintomas forem entendidos como doenças). Estas são marcas que ocupam um lugar muito especial na cultura dos indivíduos de classe média com quem conversei. Algumas reportagens e notícias coletadas em revistas e jornais de circulação nacional podem ilustrar a idéia que tento defender aqui. A seleção brasileira de futebol, durante o ano de 2001, mas não somente, vinha tendo uma seqüência de maus resultados, inclusive contra adversários outrora considerados bem mais fracos. No dia 9 de agosto daquele ano, o time venceu a seleção do Panamá por um placar considerado elástico para a modalidade: 5 x 0. No dia seguinte, o caderno de esportes do jornal Folha de São Paulo, que, como se sabe, está entre os mais importantes do país, trazia como manchete principal a frase “*Meia hora de Prozac-*

²³ Outros autores importantes fizeram uso desta noção de *campo semântico* como uma ferramenta de análise. Velho (1999:14) vai fazer uso do conceito de “rede de significados”, a partir do conceito estabelecido por Geertz, para mostrar como uma linguagem comum pode surgir mesmo em ambientes heterogêneos, como a esquina de uma grande metrópole; Good (1977) faz uso da

tenso, Brasil leva uma hora para abrir o placar e marca cinco gols em 30 minutos". Segundo a reportagem, a seleção teria sido dominada, apesar do resultado, por muito "estresse e afobação"; segundo o técnico, com o resultado a "confiança" teria voltado ao time.

É mais do que óbvio que a equipe como um todo não havia sido tratada com a pílula que aparece na manchete ou com qualquer outro antidepressivo. Mas o uso do nome da pílula, em um espaço que sequer está dedicado ao tema saúde ou algum congêneres, mostra duas coisas: em primeiro lugar, que a depressão, doença que o remédio se propõe a tratar, já é uma categoria apropriada por um público leigo, senão a manchete sequer seria entendida²⁴; em segundo lugar, que a pílula Prozac ocupa um lugar especial em termos de reconhecimento público, não apenas entre os profissionais da biomedicina, do contrário nome estaria ocupando aquele espaço. "Prozac", então, vira sinônimo de antidepressivo, num fenômeno equivalente ao já ocorrido com outros produtos no Brasil, como nos casos em que nós tiramos um "Xerox" em vez de uma fotocópia, compramos "Bombril" em vez de palha de aço, mesmo que ela seja de outra marca, além de fazermos a barba com uma "Gillette", em vez de usarmos uma simples lâmina de barbear.

Após o lançamento do Prozac, outras marcas de antidepressivos já surgiram no mercado, senão com o mesmo tom de triunfalismo em sua divulgação, mas com promessas de até maior competência química.²⁵ Apesar disso, o Prozac continua a ser uma marca de referência para antidepressivos, ao menos para o público leigo. Isso traz a possibilidade de que a força de um medicamento não é apenas definida pela novidade em seu padrão de funcionamento bioquímico. O Prozac marca uma espécie de campo cultural e ganha um significado muito maior do que a pílula em si. Aparentemente, por

expressão "cadeia semântica", para analisar as articulações entre uma *folkillness* iraniana (o "mal do coração") e outros pontos da cultura local, como gênero.

²⁴ Um anúncio publicitário assinado pelo Governo da Bahia com o objetivo de incentivar o turismo para este Estado acabou por mostrar também uma face desta popularização da depressão e seus remédios entre o público leigo. Este anúncio é todo ocupado pela foto da orla de uma praia deserta, mar azul de um lado, verde das plantas do outro. A parte inferior do anúncio é tapada por uma faixa preta, onde se lê "*Para lembrar que é um antidepressivo, colocamos esta tarja preta*". O anúncio de página dupla foi veiculado em grandes revistas de circulação nacional, como parte integrante de uma campanha publicitária maior.

²⁵ Uma delas, o Ixel, fabricado pelo laboratório Roche, foi divulgado com destaque em uma reportagem na Revista Veja, n.35, ano 34. O remédio é anunciado como sendo menos agressivo e mais potente do que o Prozac. Antes do surgimento do Ixel nas farmácias, encontrei um anúncio publicitário assinado pelo Laboratório Roche, na revista Diálogo Médico n. 3 ano 16, com a chamada "*Aguarde o novo antidepressivo da Roche*". Esta publicação é voltada para o público

mais novidades que surjam no mercado de medicamentos antidepressivos, esta carga simbólica permanece.

Outros exemplos podem ser citados para demonstrar o poder semântico que estas marcas criaram, sendo que uma das causas pode ser atribuída à super-exposição dos medicamentos nos meios de comunicação de massa. Num caso semelhante ao anterior, chamou minha atenção a manchete do caderno Folha Equilíbrio, do mesmo jornal Folha de São Paulo, veiculado em 14/06/01. A reportagem de capa anunciava que novas “*drogas contra a impotência, de ação mais rápida e duradoura, chegam às farmácias a partir do fim do ano*”. A manchete fala por si: “*Novos Viagras vêm aí*”²⁶. O nome dos novos medicamentos, tema da reportagem, sequer aparece na capa, mas tão somente no corpo da reportagem.

Mais do que sinônimo de antidepressivo, remédio contra impotência ou para controle da obesidade, Prozac, Viagra e Xenical tornaram-se sinônimos, cada um a sua maneira, de um certo *bem-estar*.

A popularidade destas três pílulas reflete-se no material encontrado em campo. Boa parte dos anúncios publicitários, reportagens, informativos e folhetos recolhidos fazem referência a estas pílulas mais conhecidas ou têm conexão com elas, o que as torna um objeto etnográfico importante para este trabalho. Sem dúvida, trata-se de marcas centrais em seus segmentos em termos simbólicos. Com isso, os nomes Prozac, Viagra e Xenical passam a transcender o seu significado literal. Some-se a isto o fato de que o discurso biomédico oficial, que caracteriza como doenças a depressão, a disfunção erétil e a obesidade, tem ampla divulgação entre o público leigo. Mesmo que a patologização destes sintomas não se verifique com tanta força entre os usuários que entrevistei, como veremos a seguir, eles compartilham da opinião de que se trata de estados que recebem um sinal negativo.

Apesar da força destas marcas, é importante salientar então que este não é um trabalho sobre elas. A dissertação não se limita a tratar das representações sobre o consumo somente de Prozac, Viagra e Xenical, já que o interesse recai sobre todo um campo cultural, do qual estas pílulas são apenas uma parte. Enquanto esta pesquisa estava em desenvolvimento, outros medicamentos com um perfil semelhante foram

especializado, sendo distribuída gratuitamente para os médicos. Como se vê, a divulgação de um novo medicamento ocorre em várias frentes, fazendo uso de diferentes veículos e linguagens.

²⁶ Numa outra reportagem de capa, desta vez na revista Manchete de 27/03/99, lia-se “*Vem aí o super-Viagra – dois novos medicamentos, o Vasomax e a Regitina, chegam ao Brasil em três*”

lançados. O Viagra tem a concorrência de outras marcas como o Vasomax, a Regitina e o Uprima, fabricados por outros laboratórios; o Prozac tem a concorrência de outras marcas como o Ixel, anunciado como um medicamento “menos agressivo e mais potente” do que o Prozac; medicamentos como o Reductil, para controle do apetite, também aparecem no trabalho de campo, tanto na fala de usuários como entre o material de publicidade recolhido e analisado.²⁷

I.2 Diferentes, mas semelhantes: onde se cruzam as pílulas?

Em um primeiro momento, estabelecer os limites do meu trabalho de campo mostrou ser o maior desafio da dissertação. Tentarei mostrar neste tópico qual o fio invisível que une o consumo de medicamentos tão diferentes entre si em um mesmo campo cultural, assumindo que todas as escolhas feitas aqui não poderiam ser outra coisa senão arbitrárias.

Limitando-nos a um ideário que pode ser considerado “de classe média”, pensemos no significado que vem sendo atribuído à saúde. Um dos fios condutores deste trabalho é a idéia de que contemporaneamente o significado de saúde já não se limita mais ao de um vocábulo que se opõe a um estado de doença. Na verdade, este entendimento não é novo. O próprio conceito de saúde formulado pela OMS—Organização Mundial da Saúde— em 1948, ano da sua fundação, já traz esta concepção: “*saúde é o mais completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade*”. A amplitude dada ao conceito não é sem conseqüências.

Mais de meio século depois, este conceito técnico parece ter sido absorvido por uma razoável parcela da população no ocidente, em especial aquela que tem acesso aos produtos e serviços que podem ser chamados “de saúde”²⁸. Como o estado de saúde já

meses e prometem acabar de vez com a impotência”. Exemplos semelhantes a estes se multiplicam entre as peças coletadas em campo.

²⁷ Vale dizer ainda que a pesquisa não se limita a outros medicamentos com o mesmo princípio ativo do Viagra, Prozac e Xenical. Por isso, quando falar daqui por diante em “Viagra, Prozac, Xenical e similares”, a expressão similares significa tão somente que inclui neste grupo também outros medicamentos utilizados com o mesmo fim, a saber, o controle das doenças depressão, obesidade e disfunção erétil; logo, não deve ser confundido com o uso feito pelos laboratórios farmacêuticos, para quem similar é um remédio com o mesmo princípio ativo.

²⁸ Refiro-me especialmente à faixa considerada de classe média, com acesso, no caso brasileiro, a planos de saúde privados e maior possibilidade de consumo de medicamentos, especialmente aqueles mais caros. A idéia de “produtos de saúde” vai além dos já citados: poderiam ser enquadrados neste rótulo também a oferta variada de técnicas ligadas a atividades físicas, assim

não corresponde a apenas um estado de não-enfermidade, o conceito torna-se ainda mais plástico. É bem possível que uma pesquisa entre o público leigo em busca de uma definição exata para o que seria “*o mais completo bem estar físico, mental e social*” chegasse a resultados muito variados e difíceis de resumir. O conceito de saúde chega nos dias de hoje hipertrofiado (Lefèvre, 1991), com uma grande possibilidade de usos, acompanhado por outras noções como a de *qualidade de vida* e *estilo de vida*, que podem ser situadas no mesmo campo cultural. Ser “o outro” da doença, ser um estado de não-enfermidade, é agora apenas um dos significados que a idéia de saúde pode ter. Saúde e qualidade de vida marcam “um campo semântico tão cheio de significação quanto – na impressão inicial – vago em seus contornos”, para utilizar uma leitura de Duarte (1986:9) sobre o campo semântico em torno dos nervos entre as classes trabalhadoras. Se considerarmos a quantidade de novos produtos lançados no mercado (sejam eles medicamentos ou não) que podem tratar desconfortos ou promover um estado ainda mais completo de saúde, este volume de significações possíveis fica ainda maior.

A saúde torna-se ela mesma um produto a ser adquirido, simbolizada em medicamentos, em alimentos “naturais”, em atividades que fazem bem ao corpo em termos genéricos. “Provocar bem-estar” passa a ser um argumento tão utilizado para a venda e compra de produtos de saúde quanto “reverter um mal-estar”.

Tanto *estilo de vida* quanto *qualidade de vida* serão tratados nesta dissertação como termos nativos. O seu uso é generalizado dentro do sistema cultural biomédico no qual situei o eixo central desta pesquisa, sendo utilizado tanto pelo público leigo quanto pelo especializado. Definir estes conceitos não é uma tarefa fácil. Assim como o conceito contemporâneo de saúde que destaquei aqui, estas expressões parecem cheias de significados possíveis, adaptável a um sem número de situações. Diz-se que o consumo do medicamento X pode melhorar a sua *qualidade de vida*; mas diz-se também que dedetizar a sua casa pelo sistema Y pode melhorar a sua *qualidade de vida*; o mesmo vale para o consumo do biscoito W. Buscar apreender o sentido atribuído a esta expressão é uma das tarefas a que me proponho neste texto.

Mais tarde, veremos que estas noções são utilizadas com freqüência pelos laboratórios farmacêuticos nas peças informativas e publicitárias onde se divulga a existência, o estatuto e a possível cura das doenças depressão, obesidade e disfunção

como produtos que prometem promover saúde, como iogurtes, produtos light em geral, alimentos vitaminados e todos os alimentos que vêm sendo chamados de “funcionais”.

erétil, além dos medicamentos associados. Por ora, quero apenas destacar que estas expressões marcam um campo semântico que parecem funcionar como um elo que define os limites de uma cultura da saúde, da qual os medicamentos aqui colocados em perspectiva mostram uma face.

I.3 Como cheguei até aqui

Durante o segundo semestre de 1999, realizei uma pesquisa que tinha como sujeitos-informantes consumidores da pílula Viagra e médicos urologistas e andrologistas, e como preocupação central perceber qual o significado atribuído ao consumo desta pílula. Interessava-me também naquela ocasião o campo cultural²⁹ em volta deste produto, sendo que o enfoque mais específico estava sobre a questão da masculinidade, uma sub-área vinculada aos estudos de gênero.

O Viagra foi lançado no Brasil em abril de 1998, mas sua presença já era percebida antes disso, com um bom volume de espaço dedicado ao medicamento nos meios de comunicação de massa impressos e eletrônicos, num debate temperado por manchetes como “*A pílula do prazer*”, “*A pílula da potência*”, “*O melhor amigo do homem*”, “*Ufa! Até que enfim...*”. A adesão à pílula foi grande: pouco mais de um ano depois, em setembro de 99, uma reportagem informava que ao longo dos 12 primeiros meses de comercialização no Brasil, foi vendida uma média de 13.698 caixas da pílula por dia³⁰. Na época, o preço de uma caixa com quatro pílulas estava em torno de R\$54.

Um dos dados de campo que mais chamou a minha atenção durante a pesquisa foi o fato de que alguns conceitos que eu tinha como dados *a priori* eram colocados em perspectiva. Em geral, os entrevistados afirmavam que não tinham uma doença, que o Viagra não era usado como um remédio, e, conseqüentemente, que não havia nada a ser curado. Estas expressões apareciam nas entrevistas com usuários acompanhadas de uma negativa, o que contrastava com o discurso dos médicos, que tendia a patologizar o processo. Mas, naquele momento, não cheguei a dialogar com a área de antropologia da

²⁹ Com isso quero dizer que as entrevistas de campo com usuários e uro-andrologistas eram apenas parte dos dados coletados. Também coletei e analisei a campanha publicitária veiculada pelo laboratório farmacêutico fabricante, peças de marketing direto voltadas para os médicos, e o discurso na mídia. Esta pesquisa resultou em um trabalho apresentado para a obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

³⁰ Fonte: Revista Época, n. 69, ano II, 6 de setembro de 1999.

saúde, com a qual eu ainda não tinha tido contato. Abordar esta interface ficou como um nó a ser desfeito, ou melhor, pesquisado.

Poucos meses depois de terminada a graduação em Ciências Sociais, fui aprovado para o mestrado em Antropologia com um projeto que propunha uma pesquisa mais abrangente, que incluía o Viagra entre o que vinha sendo chamado nos meios de comunicação de massa de *lifestyle drugs*, os “remédios do estilo de vida”. Este termo incluía também outros produtos farmacêuticos, como o Prozac e o Xenical.

A partir deste interesse, dediquei-me a construir um objeto de pesquisa cujas fronteiras estivessem definidas por um argumento mais forte do que um rótulo como “remédios do estilo de vida”, um termo nativo para o qual não encontrei uma definição exata.

I.4 Estrutura da dissertação

Mesmo sabendo que as escolhas feitas durante a confecção de um texto acadêmico são arbitrárias, creio que vale a pena descrever e justificar a forma como este trabalho está organizado. Se classificar já é uma forma de analisar, então a forma como o texto foi distribuído em capítulos já pode dizer muito sobre as páginas a seguir.

O capítulo 1 vai trazer um exercício de auto-distanciamento, não em relação a uma cultura ou a uma experiência alheia, mas a algo vivido por mim mesmo durante a experiência de campo. Relato a forma como fui medicado durante um certo período do ano de 2001, época em que foi realizada esta pesquisa. Os personagens do antropólogo buscando ajuda e informações junto aos médicos, e o do paciente fazendo queixas e sendo medicalizado por um médico acabaram por se misturar. Enquanto, naquele momento, a experiência mostrou-se desconfortável, posteriormente acabou funcionando como uma espécie de *experiência compartilhada* que me ajudou a superar algumas deficiências de aproximação e compreensão em relação à cultura a que me propus analisar.

Ainda no capítulo 1, comento sobre os aspectos técnicos da minha trajetória de campo, dificuldades no contato com os médicos e usuários e coleta de material etnográfico. O campo acaba por ser construído através da formação de uma rede de informantes, que surge via contatos pessoais e não via o contato com os médicos, como inicialmente previsto.

No capítulo 2, dou início ao relato da experiência etnográfica propriamente dita. Neste espaço, procuro realizar uma classificação das diferentes vozes do campo biomédico oficial, definido aqui como composto pelos laboratórios farmacêuticos fabricantes das pílulas e pelos médicos. Procuro salientar as diferenças que foram percebidas entre o discurso voltado para o público leigo, não-usuário das pílulas, por um lado, e o discurso voltado para os médicos e usuários das pílulas, por outro. Para o primeiro grupo, mostro que o destaque é dado para uma divulgação da doença em si, seus sintomas e tratamentos possíveis; já para o segundo, a divulgação de produtos específicos e comparações entre diferentes elementos ativos de diferentes pílulas ganham destaque. Ainda no capítulo 2, uma sessão especial é destinada a uma apresentação dos testes auto-aplicáveis, uma regularidade encontrada durante o trabalho de campo. Trata-se de testes e questionários que, através de seus resultados, podem definir os limites entre estados normais e patológicos.

O capítulo 3, por sua vez, é o espaço destinado para os relatos dos usuários das pílulas. Tento mostrar pontos em comum, mas também as especificidades de cada uso. Merece ser sublinhada a forma como categorias naturalizadas no discurso biomédico são tratadas pelos usuários: boa parte deles negou ativamente, ou após terem ouvido de mim, categorias como doença, remédio e cura ao se referirem ao seu próprio estado físico; é um discurso não-patologizador ou que, ao menos, coloca esta questão em perspectiva, articulando uma abordagem patológica com um relato mais centrado em uma história peculiar de si, ficando para segundo plano um relato sobre a doença e o remédio. Algumas observações sobre o itinerário terapêutico dos usuários, assim como sobre as estratégias de uso e abandono das pílulas, também têm espaço aqui. Em respeito à privacidade dos informantes que tornaram esta pesquisa possível, todos os nomes e informações que pudessem identificá-los foram trocados ou omitidos.

No capítulo 4, permito-me um vôo teórico, articulando a etnografia apresentada nos capítulos anteriores. Faço uso da idéia de “circularidade cultural” para mostrar que o discurso dos agentes da biomedicina (médicos e indústria farmacêutica) e o discurso dos usuários apresentam pontos de articulação e mútua influência, não podendo ser analisados de forma maniqueísta. Neste mesmo capítulo, procuro mostrar que a diferença entre estes dois discursos pode ser lida à luz da diferença entre mitos coletivos e mitos individuais.

Ao final, em poucas páginas conclusivas, procuro mostrar as possíveis articulações futuras que podem dar origem a artigos ou a uma continuação deste trabalho em uma nova etapa de pós-graduação.

Sobre esta divisão dos capítulos, principalmente no que se refere aos capítulos 2 e 3, resta dizer que se trata de um artifício metodológico implementado com o objetivo de organizar os dados de campo e viabilizar sua apresentação em um espaço tão curto quanto o que tenho aqui. Não gostaria de ver esta classificação entendida como traduzindo uma visão de mundo maniqueísta ou mesmo simplista; em vez disso, procurei realizar escolhas que não somente facilitassem a minha análise, mas também dessem um sentido ao texto e à leitura. Na verdade, a etnografia apresentada a seguir está assim dividida por opção do autor e não por refletir uma fronteira de claros contornos que o campo tivesse me mostrado; o discurso “sábio” e o discurso “leigo” sobre os *remédios do estilo de vida* estão em constante atrito e contato, influenciando um ao outro e provocando uma constante negociação dos sentidos atribuídos às categorias doença, remédio e cura.

Capítulo 1

Um campo diluído: os caminhos metodológicos em uma antropologia no contemporâneo urbano

Eu sou eu e as minhas circunstâncias.
Ortega y Gasset

1.1 Eu era nativo e não sabia: minha experiência com medicamentos durante o mestrado

O que significa a velha estorinha de que antropólogos sofisticados escolhem sociedades sofisticadas para estudar, os mais ansiosos trabalham com culturas onde a ansiedade é dominante?
Gilberto Velho, 1987:129

Entre os meses de março e maio de 2001, já completados os créditos do mestrado, e já dentro do período previsto em meu cronograma inicial para realizar o trabalho de campo, fui tomado por um estado de desânimo. Pouco trabalhei, quase nada escrevi, pouco evoluí em direção à minha dissertação; passei boa parte deste período pensando em como sair dele e refletindo sobre o que havia me levado até ali, tentando entender qual seria a natureza daquela crise, termo que utilizo na falta de denominação melhor ou mais exata. Mesmo posteriormente, passado aquele estado de (des)ânimo e quando já estava escrevendo a dissertação, ainda não havia encontrado uma resposta satisfatória que explicasse o porquê da situação; ou simplesmente cansei de procurá-la.

É menos o meu estado de ânimo e mais a minha experiência específica como paciente e consumidor de medicamentos que pretendo relatar neste capítulo. Passados em torno de 45 dias improdutivos no que se refere ao mestrado, realizei uma consulta – como paciente – junto a um gerontologista³¹, com o qual eu e outras pessoas da minha família já haviam se consultado em outras ocasiões. Este médico era considerado por meus familiares, de forma unânime, um profissional competente, atencioso, sendo uma das características que mais chamavam a atenção de todos o fato de que as consultas eram demoradas, feitas aparentemente sem nenhuma pressa, com longos questionamentos e requisição de vários exames. “Não custa nada fazer um check-up geral de vez em quando” era a frase de incentivo que eu ouvia de tempos em tempos dos meus familiares, na tentativa de convencer-me a visitar este médico, visto que eu não tinha problema de saúde algum para relatar.

³¹ Da forma como percebi a experiência de membros da minha família, além de relatos de outros pacientes do mesmo médico, o consultório de gerontologia já não é mais espaço exclusivo de pessoas consideradas idosas. Há uma tendência de que este se torne um espaço de tratamento do estado de envelhecimento de cada qual, analisando como está a saúde biológica em relação à idade cronológica. Fazer um *check-up geral* parece ser uma expressão de uso comum, que designa um conjunto de exames que embasa o diagnóstico e as conclusões do médico. Pessoas de qualquer idade passam a ser pacientes em potencial: na minha casa, três gerações diferentes (na casa dos oitenta, cinquenta e vinte anos) já se consultaram com este profissional, além de outros amigos e amigas da família.

Na situação específica a qual me refiro, meu irmão tinha uma consulta marcada, mas pediu-me para desmarcá-la porque teria que viajar. Pensei então em aproveitar este horário para mim mesmo, tendo um duplo objetivo em mente: pedir ajuda para encontrar usuários-informantes e relatar o meu estado físico. Minha esperança era a de que este médico poderia ser de grande ajuda no que diz respeito à pesquisa, visto já haver um contato pessoal e familiar previamente estabelecido. No consultório, o meu discurso inverteu a ordem das queixas; afinal, não se justificava marcar uma consulta para pedir ajuda para a minha pesquisa, e nem me parecia eticamente correto, já que esta atenção deveria ser conquistada comigo ocupando o papel de antropólogo, não de paciente. Foram dois diferentes momentos de queixa: primeiro, reclamar da falta de energia e desânimo, e de como isso estava atrapalhando o meu ritmo de produção e atrasando o cronograma de trabalho; depois, reclamar do trabalho em si, comentando sobre o seu teor, a falta de informantes, e fazendo a seguir um pedido de ajuda. É importante salientar este duplo momento da consulta, já que dificilmente eu iria a um médico relatar *somente* um estado de desânimo (já que, na minha opinião pessoal, minha situação estava longe do que poderia ser considerado um estado patológico, constituindo um período de melancolia normal combinado com uma baixa disposição para o trabalho).

Imaginava que este seria um estado passageiro, uma reação do corpo a uma fase atribulada, e que logo eu voltaria ao que eu considero ser o meu ritmo usual de produção. Mas havia um problema cuja urgência eu colocava acima de minha preocupação com o estado físico (no sentido mais amplo do termo, abrangendo também a disposição intelectual e psicológica): o tempo estava passando, eu estava atrasado em relação ao cronograma de trabalho previsto no projeto, e mais um ou dois meses improdutivos iriam comprometer o prazo de defesa desta dissertação. Durante este período, as horas pareciam voar, e os dias iam junto com elas. Como, em nossa cultura, tempo é algo que se “tem”, ou se “perde”, ou ainda é algo que cabe a cada pessoa “organizar” o seu, sentia-me responsável pelo passar de horas em que nada parecia acontecer. A percepção subjetiva que nós temos do passar do tempo pode ser uma companheira desagradável e exigente.

Comentei durante a consulta alguns fatos pessoais que poderiam ter levado a um estado de tristeza e desânimo: uma morte na família, o fim de um relacionamento afetivo, o término dos créditos na pós-graduação e das obrigações com hora marcada, a obrigação de dar início a um trabalho de longo prazo que se mostrava complicado. Após este breve relato inicial, o médico fez uma série de perguntas, emitidas em blocos, às quais eu respondia positivamente, nem sempre com grande convicção. Em um mesmo agrupamento de questões, sem intervalos, eram abordados temas de

conteúdo diverso, como o meu estado geral de disposição, passando pela vontade de trabalhar, sono e o apetite, se estava com dificuldade de concentração, como andava a auto-estima, se acordava bem, etc. Era um discurso articulado, que ligava um tema ao outro, sem intervalos.³² Os questionamentos eram diversos e variados em seu conteúdo, o que contrastava com as minhas respostas curtas. Em alguns momentos, o tom do médico parecia mais com o de uma afirmação que pedia uma confirmação, do que com o de um questionamento em busca de uma resposta.

A situação pela qual passei, e que posteriormente se tornou alvo de reflexão tanto do paciente quanto do antropólogo, contrasta com a forma como Maluf interpreta a relação entre terapeuta e paciente nas medicinas doces ou terapias alternativas:

"O diálogo entre paciente e terapeuta adquire dinâmicas diferentes segundo o tipo de terapia. Essas práticas possuem, no entanto, em comum a importância dada à expressão do paciente ou daquele que participa do trabalho espiritual. A performance do terapeuta consiste, de um certo modo, em engajar seu paciente na conversação". (Maluf, 1996)

Minha experiência neste consultório parece mais próxima da forma como Foucault descreve o estatuto do paciente dentro de diferentes espaços da medicina oficial. Segundo ele,

"... no hospital, o doente é sujeito de sua doença, o que significa que ele constitui um caso; na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou. (...) A clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente". (grifos do autor) (Foucault, 1980:66)³³

Tenho dúvidas sobre se a diferença estabelecida pelo autor entre o estatuto do paciente na clínica e no hospital encontra equivalente na prática contemporânea, mas não tenho ferramentas para ensejar um debate neste momento. De qualquer forma, pensar o espaço da clínica como um local onde se aplica um conhecimento e uma classificação já previamente estabelecidos, enquadrando os pacientes em um dos diagnósticos pré-existentes, cujo número é finito, explicaria o desequilíbrio entre o espaço cedido para o meu relato e para o desempenho do médico. A performance do médico consistia em enquadrar-me de forma competente e convincente num

³² Posteriormente, uma amiga que visitou o mesmo médico contou-me, em tom jocoso, que ela "não conseguia falar na consulta", referindo-se ao fato de que o médico "falava muito", e nem sempre com um vocabulário "inteligível".

diagnóstico, enquanto a minha parecia consistir em um papel de coadjuvante, confirmando um conjunto de sintomas previamente conhecidos^{34, 35}.

Voltando à cena de minha consulta, comentei com o médico que não gostava de consumir medicamentos, em especial quando se tratava de intervenções mais duras, como eu caracterizei o tratamento com antidepressivos. Além disso, não achava que fosse o caso, visto que aquele desânimo era uma exceção, e não um estado ao qual eu retornava ciclicamente. O médico concordou que eu estava longe de um estado depressivo, relatando que depressão hoje é uma doença bem definida, que pode ser identificada, diagnosticada e tratada. Apesar disso, ele deu-me uma receita na qual constavam três itens, afirmando que se tratava de um remédio fitoterápico³⁶ com função antidepressiva (Hiperex, elemento ativo *Hypericum perforatum*), outro um equilibrador geral das funções do corpo (Arcalion, elemento ativo sulbutiamina), e um terceiro era eliminador de toxinas, indicado para quem costuma praticar exercícios físicos (Taurargin, à base de aspartato de arginina e taurina^{37,38}), atividade que eu mantenho regularmente. O argumento de que se tratava de um remédio fitoterápico, no caso do Hiperex, fez com que eu aceitasse melhor a indicação, já que ficava caracterizada uma intervenção mais branda. Analisando depois do acontecido, este me pareceu ser o momento em que a possibilidade de medicalização e o teor deste processo estavam sendo negociados, sendo que o paciente teve seu quinhão de participação. O mesmo não deixa de valer para o momento do diagnóstico: eu já cheguei ao consultório com um discurso que negava um quadro de depressão.

Durante vários dias após esta consulta, mantive a receita no bolso e não comprei os remédios. Por um lado, eu tinha medo do que, no início em tom de

³³ No capítulo 2, retomarei a discussão sobre o estatuto do paciente e da *doença* junto ao campo da biomedicina.

³⁴ Em mais de um momento no decorrer da dissertação, a divisão de poder entre médico e paciente no que toca o diagnóstico e a medicalização será abordada. Ver, em especial, o tópico sobre os testes auto-aplicáveis no capítulo 2 deste texto.

³⁵ Posteriormente, soube que o mesmo médico havia indicado o mesmo remédio (Hiperex) para a minha avó, cujo marido (meu avô) havia falecido há pouco tempo. Certo dia, minha mãe, reclamando que andava um pouco desanimada, perguntou se não poderia consumir o que restara da minha caixa, sendo que isto não era uma recomendação do médico.

³⁶ Segundo um folheto sobre fitoterápicos coletado na sala de espera de um consultório, tratam-se de “medicamentos compostos exclusivamente por substâncias derivadas de plantas ou partes de plantas”.

³⁷ Chamou minha atenção o fato de que a Taurina é o mesmo elemento (uma proteína, pelo que eu sei) presente nas bebidas energéticas cujo consumo entrou em moda recentemente no país, na linha do ‘Redbull’, ‘Flash power’ e outros. O consumo destas bebidas, misturadas com destilados como o Uísque, Vodca ou Tequila, é comum nos bares em Florianópolis. Nestes locais, uma lata com X ml custa em torno de R\$7,00.

³⁸ Outras drogas com fórmula semelhante parecem estar ganhando visibilidade. Na Folha de São Paulo de 29/10/01, um produto chamado ‘Targifor C’ (aspartato de arginina e ácido ascórbico) anuncia que “combate a fadiga, melhora a disposição e ainda aumenta as resistências naturais do organismo”, seguido pelo *slogan* “você mais animado”. O anúncio foi veiculado na Folha Teen, caderno especial do jornal voltado para leitura de adolescentes, e usava como estratégia de sedução o “bagaço” em que pode ficar um vestibulando.

jocosidade, eu chamei de “tornar-me nativo”³⁹. Afinal, tratava-se de remédios com o objetivo de melhorar o desempenho psíquico, físico e intelectual (segundo as bulas), o que não parecia estar tão longe do objetivo que move os meus informantes. Por outro lado, cogitei o fato de que a experiência de consumo poderia de alguma forma enriquecer o trabalho de pesquisa. Mesmo assim, eu gostaria de “vencer” aquela fase sem ajudas deste gênero, ouvindo a minha subjetividade, entendendo os porquês por trás do processo. Mas, como já disse, não havia tempo a perder.

Meu objeto de pesquisa não estava mais somente em volta, mas, literalmente, dentro de mim. Apesar da minha pílula antidepressiva ser classificada como um fitoterápico, senti-me envolto pelo mesmo sistema de queixa-diagnóstico-remédio-expectativa de cura dos meus informantes (apesar de, como veremos no decorrer deste texto, alguns destes conceitos não serem usados pelos consumidores que entrevistei). Após um mês, conversando com o médico na consulta de retorno, comentei que me sentia muito melhor. Este acaba por ser um momento em que o médico tem a oportunidade de verificar a eficácia da sua ação profissional, e também a do remédio indicado. Lembro-me que, logo na minha entrada no consultório, o médico fez alusão ao fato do meu semblante transparecer uma melhor disposição. Esta observação não foi baseada em nenhuma espécie de exame bioquímico, já que nenhum exame havia sido requisitado nesta ocasião, mas em uma comparação entre a minha performance nesta consulta de retorno e na de um mês antes.

Após esta consulta de retorno, seguindo as indicações do médico, cortei o uso das pílulas. Apesar disso, guardo as caixas até hoje em casa, como uma espécie de recordação⁴⁰, e também porque achei que as informações contidas nas bulas poderiam ser úteis posteriormente, na redação da dissertação. Relendo-as, já na fase de escrita deste texto, encontrei os seguintes dados: “Arcalion é um medicamento do

³⁹ Voltarei a este assunto em breve.

⁴⁰ Uma amiga, antropóloga, viu a situação e fez um comentário que me limito a reproduzir: “Ou as caixas das pílulas ocupam o lugar de totens modernos, ou os xamãs que garantiram a tua cura?”. Vale a pena lembrar a forma divertida e espirituosa pela qual Miner (1976) propõe o estranhamento de certas práticas entre os “Nacirema”: “o ponto focal do santuário é uma caixa ou cofre embutido na parede. Neste cofre são guardados os inúmeros encantamentos e poções mágicas sem os quais nenhum nativo acredita que poderia viver. Tais preparados são conseguidos através de uma série de profissionais especializados, os mais poderosos dos quais são os médicos-feiticeiros, cujo auxílio deve ser recompensado com dádivas substanciais. Contudo, os médicos-feiticeiros não fornecem a seus clientes as poções de cura; somente decidem quais devem ser seus ingredientes e então os escrevem em sua linguagem antiga e secreta. Esta escrita é entendida apenas pelos médicos-feiticeiros e pelos ervatários, os quais, em troca de outra dádiva, providenciam o encantamento necessário. Os Nacirema não se desfazem do encantamento após seu uso, mas os colocam na caixa-de-encantamento do santuário doméstico. Como tais substâncias mágicas são específicas para certas doenças e as doenças do povo, reais ou imaginárias, são muitas, a caixa-de-encantamentos está geralmente a ponto de transbordar. Os pacotes mágicos são tão numerosos que as pessoas esquecem quais são suas finalidades e temem usá-los de novo. Embora os nativos sejam muito vagos quanto a este aspecto, só podemos concluir que aquilo que os leva a conservar todas as velhas substâncias é a idéia de que sua presença na caixa-de-encantamentos, em frente à qual são efetuados os ritos corporais, irá, de alguma forma, proteger o adorador”.

sistema nervoso central e neuro-muscular, agindo como fator natural de resistência física, de eficiência intelectual e de equilíbrio psíquico”; Hiperex é indicado para “quadros de distúrbios psicovegetativos (distúrbios psíquicos com efeitos sobre o estado físico), estados depressivos, medo e/ou agitação nervosa (ansiedade)”; a ação esperada do Taurargin é a “redução dos sintomas decorrentes da estafa mental e física, (sendo indicado para) astenia física e psíquica, ação bioenergética antifadiga, perturbações do sono e neuro psíquicas, alterações da capacidade intelectual”. Desconfiei de tantas promessas, mas devo admitir que me senti melhor após trinta dias.

Quando lembro daquele período de desânimo, ainda penso nos porquês daquele estado que não lembro ter vivenciado antes. As perguntas continuam em aberto.

1.2 A complexidade do espaço urbano: o campo por todos os lados

A busca por mais *saúde* e uma maior *qualidade de vida* é um tema do contemporâneo, do qual o consumo das pílulas Prozac, Xenical e Viagra e outras pílulas similares é apenas uma face. Mais a frente, tentarei mostrar de que forma a expressão *qualidade de vida* vem sendo utilizada em relação à saúde e outras questões do cotidiano; por ora, sublinho que ela se tornou uma espécie de palavra-chave, com usos os mais diversos.

Como um sujeito atravessado pela cultura onde está inserido e compartilhando destes códigos, vi-me implicado e próximo ao meu objeto, que, para utilizar uma metáfora de Geertz, não parecia estar no final do corredor, nem no quarto ao lado, mas no meu próprio quarto.

O material resultante de um trabalho de campo com estas características não pode ser isolado em fitas gravadas; o que vou tratar aqui como campo vai além do que eu imaginava inicialmente como o meu material de análise. O conjunto da etnografia acaba por ir além das entrevistas semi-dirigidas e das reportagens e peças publicitárias coletadas. Meu objeto desde cedo se mostrou sem forma definida; o campo, neste caso, assemelha-se mais ao que eu chamaria de um descampado, um grande espaço ao ar livre, do qual é difícil estabelecer os contornos. Não é possível circunscrever a um único espaço o grupo e o conjunto de experiências retratados nesta dissertação.

Quando fazemos qualquer espécie de análise em sociedades complexas contemporâneas, uma grande dificuldade é estabelecer os limites e as características do “grupo” o qual estamos propondo analisar. Em certos casos, como acredito ocorrer

aqui, a própria idéia de grupo deve ser colocada entre aspas; minha etnografia não explora um espaço facilmente demarcável, e os usuários de Prozac, Viagra, Xenical e similares não se reúnem em uma associação. Por estes motivos, estabelecer “experiências suficientemente significativas para criar fronteiras simbólicas” (Velho,1981:16) é um desafio e uma preocupação presentes durante toda a pesquisa. Por um lado, há que se fugir da homogeneidade que se apresenta a um primeiro olhar, buscando as diferenças que se escondem sob grandes palavras como remédios, doentes e doenças; por outro, é preciso atentar para pontos em comum, explorando similaridades. A partir de pistas etnográficas, tentando não perder o equilíbrio, o antropólogo segue esta circularidade da cultura, tentando perceber fronteiras e não perder de vista os limites da pesquisa. O exercício de se mover do discurso particular, expressão individual onde a cultura se manifesta, para o discurso mais amplo da cultura nos coloca no centro da complexidade urbana, espaço onde tantas combinações de hábitos são possíveis e um trabalho comparativo faz-se necessário. Afinal, se o psiquismo é “simples elemento de significação para um simbolismo que o ultrapassa”, por outro lado e ao mesmo tempo é o único meio de verificação de uma realidade cujos aspectos múltiplos não podem ser apresentados fora dele mesmo. Esta idéia faz parte do projeto de superação da dicotomia entre social e individual, físico e psíquico que corta a obra de Mauss, sendo que, para ele, o psicológico está subordinado ao social. Mas esta frase não conclui o debate com uma solução simplificadora. Concordo que este

"debate não tem saída, a menos que se perceba que as duas ordens não estão em uma relação de causa e efeito (seja qual for, aliás, a posição respectiva que se atribua a cada uma), mas que a formulação psicológica é apenas uma tradução, no plano do psiquismo individual, de uma estrutura propriamente sociológica". (Lévi-Strauss, 1974:7)

O movimento constante que se pede do antropólogo na cidade entre as manifestações individuais e as representações sociais também foram pensadas por Magnani, para quem

"o que caracteriza o fazer etnográfico no contexto da cidade é o duplo movimento de mergulhar no particular para depois emergir e estabelecer comparações com outras experiências e estilos de vida – semelhantes, diferentes, complementares, conflitantes – no âmbito das instituições urbanas, marcadas por processos que transcendem os níveis local e nacional". (Magnani, 1996:49-50)

Foi em busca de retratar esta complexidade que combinei entrevistas individuais (incluindo também o relato da minha experiência pessoal) com análise das representações sociais coletivas sobre a cultura da saúde e dos *remédios do estilo de vida*.

Para justificar um recorte e criar coerência para um projeto, seria preciso definir onde estão a unidade e a descontinuidade internas a tal conjunto⁴¹, como disse Velho. Utilizo propositadamente a expressão “criar coerência”, para mostrar o quanto nossas escolhas, recortes e conceitos são arbitrários; estamos sempre criando novas membranas, outras subdivisões, e, por que não, novas realidades. E é a isso que, a meu ver, damos o nome de recorte de campo.

1.2.1 Medicamentos podem encurtar distâncias

O tema da distância em relação à cultura que cerca o consumo destes medicamentos esteve presente durante todo o processo de pesquisa e escrita desta dissertação, e por isso preocupei-me em relatar a minha experiência enquanto indivíduo medicalizado. Mesmo tendo vivido pessoalmente o processo, tenho consciência de que o relato feito acima é permeado pelo *sentido atribuído à experiência vivida*, estando informado por todo um campo cultural *do qual* eu sou um observador interessado do ponto de vista da análise antropológica, mas também, simultaneamente, *no qual* eu sou um indivíduo que participa e vivencia certos códigos, estando submetido a certas práticas. Minha experiência de medicalização ajudou-me a confrontar o que Velho chamou de “distância psicológica” (1987:124) com o campo cultural desta pesquisa. É claro que “confrontar” não é sinônimo de “superar” totalmente, visto que não tenho aqui nenhuma pretensão à neutralidade, sobre a qual muita tinta já correu em textos antropológicos. Discutindo a situação do antropólogo que pesquisa no ocidente, na cidade, em sua cultura de origem, Velho defende que, mesmo

"na grande metrópole, seja Nova Iorque, Paris ou Rio de Janeiro, há descontinuidades vigorosas entre o "mundo" do pesquisador e outros mundos, fazendo com que ele, mesmo sendo nova-iorquino, parisiense ou carioca, possa ter experiência de estranheza, não-reconhecimento ou até choque cultural comparáveis à de viagens a regiões 'exóticas'".
(Velho, 1987:126-27)

⁴¹ Minha preocupação não é definir um conceito para o rótulo *remédios do estilo de vida* e com isso justificar o recorte da pesquisa. As unidades e descontinuidades que procuro aqui serão mostradas através da apresentação do material etnográfico, deixando falar as diferentes vozes que atuam no consumo e difusão destas pílulas.

Continuando com Velho, ele diferencia o que seria uma “distância social” e uma “distância psicológica” entre pesquisador e pesquisado. Eu não estava particularmente preocupado com a primeira, visto que a discussão sobre o consumo (e o consumo em si) dos *remédios do estilo de vida* não está longe do meu cotidiano⁴². Se havia uma preocupação neste caso, era quanto à necessidade de estranhamento no que se refere a uma cultura que me é familiar, no sentido em que também eu sou um sujeito de classe média urbana. Creio que mais reflexão seria necessária quanto à “distância psicológica” com a cultura analisada, visto a minha resistência ao uso de medicamentos, em especial no contexto no qual estou pesquisando. Este momento de crise e medicalização parece-me ter sido útil neste sentido.

Posteriormente, durante as entrevistas que realizei, acabei encontrando entre meus informantes um eco das minhas inquietações naquele momento⁴³: sentia-me melhor por causa dos remédios, por mérito pessoal ou por uma combinação dos dois fatores?; as causas do desconforto estariam dentro ou fora de mim?; e mesmo a preocupação com a vida profissional e a pressa em voltar a funcionar bem.

É importante marcar o caráter relativo da idéia de tornar-me nativo com a qual trabalhei na seção anterior. Não compreendi exatamente os sentidos e significados que fazem parte do campo cultural das *lifestyle drugs* só porque, eventualmente, fui medicalizado de uma forma que eu interpreto como semelhante à nativa. O evento sequer deve ser interpretado, penso eu, como uma adesão a tal cultura. Como disse Geertz, quanto a esta mágica de colocar-se no lugar do outro, “somente os românticos e os espiões podem achar isso bom” (1989:23). Mesmo tendo passado por esta situação eu mesmo, creio ser ingênua a idéia de que tive acesso à experiência dos nativos, visto que a experiência que eu mesmo tive e relato aqui já se trata de uma interpretação. No máximo, poderia dizer que se trata, em alguns momentos, de uma interpretação de primeira ordem, como no caso em que o consumidor de medicamentos sou eu mesmo. Quanto aos dados colhidos em campo, divido com Geertz a opinião de que “o que chamamos de nossos dados são realmente nossa própria construção das construções de outras pessoas” (idem:19), interpretações de segunda e terceira ordem. Entretanto, valorizo a experiência que vivi como uma forma

⁴² Isso vale tanto para o que se refere às relações pessoais – vários consumidores que conheci dividem espaços do meu cotidiano mais próximo ou um pouco mais amplo – quanto para os espaços onde o debate público sobre o uso destas pílulas se dá; as revistas e jornais nos quais coletei boa parte das reportagens e anúncios analisados aqui são publicações com as quais eu tenho contato regular, assinaturas, não sendo apenas fonte de pesquisa.

⁴³ Conversei com um amigo sobre esta situação, e ele relatou-me uma situação semelhante: sua ex-mulher, durante um período depressivo, andou semanas com uma receita no bolso, com dúvidas sobre comprar ou não o *remédio*. Segundo este meu amigo, ela tinha medo de que este “eu” modificado quimicamente não fosse mais “ela mesma”.

de *experiência compartilhada*, que poderia ser interpretada como uma estratégia não-planejada (ou não-consciente) de me aproximar da cultura a qual pesquiso.

O tempo perdido na má fase pela qual passei no início da pesquisa acabou por tornar-se uma experiência rica, carregada de sentidos passíveis de interpretação. Em outras palavras, tornou-se uma experiência de campo. O que me parecia ser uma barreira naquele momento, tornou-se, no momento do estar e escrever aqui, uma boa fonte de reflexão e de compreensão de um certo itinerário terapêutico que faz parte da pesquisa. Agora, ao menos com usuários de antidepressivos, eu também teria uma história para contar. O imponderável do campo vira tema de capítulo e as distâncias são, em certa medida, encurtadas.

1.3 O campo como espaço não-metódico

Dentro da palavra etnografia cabem muitas formas de trabalhar, sendo que nem todas podem ser definidas antes da ida ao campo, já que surgem justamente a partir da experiência em campo. Os imponderáveis de uma pesquisa etnográfica estão em qualquer esquina, e são muitas as esquinas com as quais se depara um antropólogo na cidade; apesar de não termos controle sobre tais imponderáveis, isto não significa que as situações surgidas a partir daí não possam ter importância central na pesquisa. Em alguns momentos, os métodos que aprendemos com os pais fundadores da antropologia, em especial é claro com a monografia na qual Malinowski relata sua estada entre os Trobriandeses, devem ser, também eles, relativizados.

Tomemos, como exemplo, a questão do diário de campo. Durante a pesquisa, incomodou-me o fato de não estar realizando um diário de campo sistemático, com anotações diárias e descrições mais completas (ou densas, se preferirem), utilizando técnicas que me foram passadas durante o mestrado, como utilizar as páginas da esquerda sempre para um relato que poderia ser definido como mais cru, e as da direita para observações pessoais e mais subjetivas. Minhas anotações de campo estavam em papéis de vários tamanhos, menos organizados do que deveriam, preenchidos com a primeira caneta que eu encontrava à mão. Isto porque, com o passar do tempo, ficava cada vez mais complicado definir o que era uma situação de campo. Entrevistas são situações formais de campo, gravadas em fitas e realizadas num período de tempo específico. Acontece que, fora destas situações, mas dentro campo cultural pesquisado por mim, não havia tempo para apertar na tecla *rec* quando um dado significativo vinha à tona, mesmo porque em vários momentos não havia gravador por perto. Situações pessoais, momentos de lazer na companhia de pessoas que não eram meus informantes - no sentido técnico do termo - foram invadidos pelo

campo, o que algumas vezes me incomodou.⁴⁴ Mesmo às vésperas de terminar a escrita da dissertação, reportagens de capa em revistas de circulação nacional continuavam a trazer dados interessantes.

O diário de campo resultante desta situação acaba sendo um documento fragmentado, muito mais reflexivo do que descritivo, sem necessariamente apresentar uma ordem cronológica, mas repleto de pequenos *insights* a serem desenvolvidos no momento da escrita. O que não significa que tenha menor valor.

O campo das ciências sociais sempre esteve preocupado com a questão da subjetividade do pesquisador, sua presença em campo, e do quanto isso pode influenciar nos resultados da pesquisa. Mas o teor desta preocupação nem sempre foi o mesmo no decorrer da história da disciplina; de certa forma ele teve o seu sinal invertido com o passar do tempo. *Grosso modo*, poderíamos dizer que, num primeiro momento, o objetivo era anular da melhor forma possível o pesquisador do contexto da pesquisa, para que os dados surgissem em sua forma pura. Refiro-me aqui a um momento histórico no qual as ciências sociais precisavam conquistar um lugar ao sol, e para isso foram buscar um modelo em disciplinas já estabelecidas e reconhecidas, como a matemática e a biologia. Um segundo momento é marcado por uma visão inversa: agora é a invisibilidade do pesquisador que incomoda. Já não importa apenas as respostas do informante, mas também quais foram as perguntas e como elas foram formuladas. A presença do escritor no texto, como um dos protagonistas, é vista como um ponto positivo.

Cardoso de Oliveira (2000), um epistemólogo da antropologia, realiza um interessante debate trazendo um resumo da história destas posições; seu trabalho torna-se ainda mais interessante por argumentar que a discussão entre tradicionalistas e pós-modernos se equivoca ao estabelecer uma polaridade dura. Numa tentativa de quebrar a oposição entre explicação e compreensão, ele nega qualquer pretensão que um antropólogo possa ter a uma objetividade ingênua. Para ele, o *olhar*, a primeira experiência do pesquisador em campo, já é um olhar informado, de forma que

"a partir do momento em que nos sentimos preparados para a investigação empírica, o objeto, sobre o qual dirigimos o nosso olhar, já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo. Seja qual for esse objeto, ele não escapa de ser apreendido pelo esquema conceitual da disciplina formadora de nossa maneira de ver a realidade". (Cardoso de Oliveira, 2000:19)

⁴⁴ Logo abaixo, desenvolvo mais esta questão da casualidade da experiência de campo, que não esperava a minha disposição para se mostrar.

O que me interessa especialmente no seu argumento é o uso que ele faz de um conceito de Ricoeur, a saber, o *excedente de significação*. Em suas palavras,

"a possibilidade de domesticação da realidade pelo método encontra seus limites naquilo que Ricoeur chamou de surcrôit de sens – excedente de significação. Isso quer dizer precisamente que o método, não conseguindo abrigar sob seus parâmetros toda a realidade sócio-cultural, deixa escapar algo cujo sentido ou cuja significação esse método não está (pre) determinado a dar conta. É esse excedente de significação que somente um momento não-metódico pode apreender". (Idem, 88)

Mas o autor se apressa em mostrar que a defesa da existência de um momento não-metódico na pesquisa antropológica está longe de representar alguma espécie de irracionalismo. Existe uma relação de complementaridade entre instâncias metódicas e não-metódicas, expressa pela idéia de círculo hermenêutico: “Conjectura e validação estão em uma relação circular, como uma abordagem subjetiva e outra objetiva do texto. Mas esse círculo não é um círculo vicioso” (Ricoeur, in Cardoso de Oliveira, p.90). O que ocorre é que nas disciplinas sociológicas, o processo de legitimação do conhecimento produzido tem características peculiares: ele encontra seus critérios de validação no diálogo intersubjetivo inter-pares. A instância não-metódica, que, para o autor, é “provedora de conhecimentos igualmente tangíveis”, tem na observação participante uma boa ilustração.

Visto que, no contexto de minha pesquisa, falar em observação participante seria no mínimo estranho, preferi chamar a área de interseção (para usar mais uma idéia de Cardoso do Oliveira) estabelecida entre pesquisador e informantes - refiro-me aqui à experiência de medicalização pela qual passei - de experiência compartilhada.

1.4 Dificuldades em campo

À dificuldade inicial para encontrar usuários das pílulas em questão dispostos a conceder entrevistas, contrapunham-se números e informações sobre um consumo cada vez mais amplo dos medicamentos Prozac, Xenical, Viagra e similares. Em maio de 2001, uma pesquisa realizada pelo jornal Gazeta Mercantil trazia a informação de que o Viagra passara a ocupar o posto de medicamento⁴⁵ mais vendido no Brasil; outra reportagem afirmava que “o segmento de antidepressivos movimenta globalmente 12 bilhões de dólares por ano. Só no mercado brasileiro, há sessenta

⁴⁵ Na reportagem, Viagra é designado por vezes como medicamento, por vezes como remédio.

*medicamentos indicados para tratar os diferentes graus da doença*⁴⁶; quanto ao Xenical, uma reportagem de março de 1999 afirma que em janeiro do mesmo ano, mês do lançamento da pílula no Brasil, o volume de vendas ficou em torno de 285 mil caixas⁴⁷. Números como estes me faziam pensar que usuários e possíveis informantes estariam em cada rua, em qualquer lugar. Logo, eu não poderia estar no lugar errado, mas me faltava uma estratégia adequada para os visualizar.

1.4.1 A relação com os médicos

O sucesso comercial das pílulas e o meu trabalho anterior com usuários de Viagra fizeram com que eu me sentisse seguro em relação à viabilidade do trabalho. Assim como em meu trabalho de conclusão do curso de Ciências Sociais⁴⁸, dei início à busca por informantes nos consultórios médicos. Visitei urologistas, andrologistas e psiquiatras, sem falar em conversas durante as quais eu ocupava o duplo papel de paciente e antropólogo, como no caso da consulta com um gerontologista descrita no tópico anterior, além da dermatologista na qual vou regularmente, e uma acupunturista. A estratégia era deixar com eles cartas em envelopes fechados, no qual explicava o teor da minha pesquisa, expunha meu nome, telefone e e-mail, e pedia um contato do usuário caso ele se dispusesse a conversar. Pedia aos médicos que entregassem a carta sempre que receitassem Viagra, Prozac ou Xenical, deixando em aberto a possibilidade de entrevistar também usuários de outras pílulas com o mesmo fim, produzidas por outros laboratórios e com diferentes nomes-fantasia. Não existia fidelidade nem à marca, nem ao elemento ativo da pílula⁴⁹. Algumas vezes os médicos perguntavam sobre a especificidade do recorte do meu trabalho, com o argumento de que o perfil dos seus pacientes é muito diverso: faixa etária, sexo, causas da doença, grau em que se manifesta o sintoma. Eu não escondia que estava especialmente interessado no que vem sendo considerado um uso recreativo⁵⁰ destas pílulas, mas

⁴⁶ Fonte: Revista Veja, n.1716, p. 83, 5/09/2001.

⁴⁷ Fonte: Revista Isto É (versão On line), n.1539, 31/03/1999.

⁴⁸ AZIZE, Rogério Lopes. *Metáforas da masculinidade: um estudo de caso com consumidores de Viagra*. Trabalho de Conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

⁴⁹ Foi sugestão da minha banca de qualificação não me ater somente a usuários de Viagra, Prozac e Xenical. O volume de lançamentos concorrentes de outros laboratórios farmacêuticos mostrou que a banca tinha razão; era o campo cultural e o significado atribuído ao uso destas que me interessava, e não esta ou aquela marca. Por outro lado, é importante salientar que Viagra, Prozac e Xenical tornaram-se quase que significantes de sua linha de ação, assunto que abordei na introdução.

⁵⁰ Trata-se de uma categoria espinhosa e de difícil definição. Quando se fala em “uso recreativo”, em especial no caso do Viagra, quer se apontar para o consumo da pílula sem que haja um diagnóstico de doença, ou seja, sem a presença dos sintomas que caracterizam o mal disfunção erétil como definido pelo discurso biomédico. Um equivalente no caso das outras pílulas seria o consumo de Prozac sem o diagnóstico de depressão, ou o de Xenical sem o diagnóstico de obesidade.

sublinhava que os limites entre 'bom uso' e 'mau uso' não caberia a mim definir, e que este tema não entraria em discussão na dissertação.

Enquanto alguns médicos sorriam quando eu falava em uso recreativo, não sem uma certa cumplicidade ("ah, eu sei do que você está falando"), outros se defendiam dizendo que nestes casos eles não receitariam a pílula. Percebi uma resistência maior no caso dos psiquiatras; ao ver seu regime de verdade posto em perspectiva, estes médicos reagiam, em especial no momento em que liam o resumo do meu projeto de pesquisa, que cito a seguir: "Tratar-se-ia de um grupo que vem realizando intervenções químicas não apenas em estados de doença, mas também em estados antes considerados normais ou saudáveis, o que pode revelar uma mudança na percepção do que significa 'saúde' e 'corpo'. Outra hipótese de partida da investigação é a de que o campo biomédico vem ampliando cada vez mais a sua área de atuação, tratando agora igualmente de questões ligadas à 'qualidade de vida' e ao 'estilo de vida'". Um deles condicionou sua ajuda a uma nova visita na qual eu levaria meu roteiro de entrevista; e eram os psiquiatras que o liam com mais atenção. Creio que este trecho do resumo era lido como uma contestação de uma visão de mundo. Alguns médicos não viam sentido no questionamento sobre a possibilidade do uso de tais medicamentos como não sendo derivados de um estado de doença.

De qualquer forma, os médicos que visitei, mesmo aqueles que eu não conhecia anteriormente e dos quais me aproximei sem contar com uma indicação de prestígio, receberam-me com simpatia; algumas vezes, a longa espera no consultório fazia com que a minha simpatia pessoal fosse um pouco abalada.

O tempo mostrou que esta era uma estratégia pouco fértil, e que a simpatia dos médicos não se refletia em um ajuda efetiva. As visitas aos consultórios médicos sempre terminavam com uma promessa de ajuda, seja contatando seus pacientes, seja fazendo contato com outros colegas médicos que lidam mais diretamente com os sintomas tratados pelas pílulas. Quando encontrava estes médicos casualmente na rua (o que aconteceu em duas ocasiões), a promessa de ajuda era reforçada, às vezes com frases como "já entreguei para três pacientes" ou "vou falar com uma amiga que toma Xenical". Nenhuma das entrevistas foi arranjada por este caminho.

Estas dificuldades fizeram com que o campo de pesquisa, no que se refere ao acesso a informantes-usuários, fosse construído apesar do campo médico oficial, e não passando por ele. Isto não significa que o tempo passado em consultórios médicos tenha sido de todo mal; na verdade, o debate com os médicos mostrou outra face de uma cultura plural, onde diversas vozes interagem em defesa de sua visão de mundo e na qual a mesma palavra pode ganhar significados muito diferentes. É justamente esta pluralidade de vozes que compõem a etnografia e ajuda a organizar a

estrutura desta dissertação. Afora isto, boa parte do material de divulgação das pílulas analisado aqui estava nas salas de espera destes consultórios, disponível para quem se interessasse, ou foi-me emprestado por médicos.

Apesar destes pontos positivos, considerava essencial realizar entrevistas com usuários. Esta não é a primeira e muito menos será a última vez em que um antropólogo em campo vê-se em dificuldades para acessar dados trabalhando em conjunto com profissionais de outras áreas de atuação. Tal situação confirma uma certa vocação da prática antropológica para trabalhar através da construção de redes sociais. Foi em busca de estabelecer uma rede de informantes por outros meios que, em agosto de 2001, vendo meu cronograma de trabalho ir por água abaixo, resolvi abandonar as visitas a consultórios médicos.

1.4.2 A cultura da reclamação: queixas que levam a informantes que se queixam.

Se as visitas a médicos mostraram-se pouco férteis, posso dizer o contrário sobre o ato de 'reclamar da vida'. Todas as entrevistas que realizei e mesmo aquelas que cheguei perto de realizar – algumas foram frustradas por desistência, demora e até mesmo um caso de morte na família do usuário – foram conseguidas em momentos nos quais eu reclamava do fato de os dados apontarem a existência de milhares de usuários, e eu não ter conseguido um número razoável de informantes. Percebi que minhas queixas eram um excelente remédio, muitas vezes sendo seguidas pela indicação de um conhecido, promessa de contato, ou mesmo a revelação de que a pessoa com quem eu falava era um usuário. Passei a reclamar mais freqüentemente, tirando proveito da pergunta 'como vai, tudo bem?', que fazemos tantas vezes sem necessariamente estar esperando uma resposta, para inserir o assunto. Arrisco-me a dizer que reclamar, mais do que simplesmente comentar o teor do meu trabalho, passou a ser uma estratégia de campo.

Uma visita à livraria, um almoço com um ex-colega de trabalho, um encontro casual com uma desconhecida numa festa, conversas com outros mestrandos: situações como estas mostraram-se férteis. Minha impressão é que todos tinham algo a dizer a respeito do uso destas pílulas (em especial Viagra e Prozac), já haviam feito uso delas, conheciam alguém que usava ou argumentavam contra ou a favor do uso. Mas sempre havia alguma reação, uma tomada de posição, o que me mostrou o quanto estas marcas eram de conhecimento do público leigo. Muitas destas conversas não levaram a uma entrevista na forma como eu esperava; mas por outro lado, já haviam me levado ao campo. O que me parece central é marcar a recorrência do

tema, e como ele passou a fazer parte do meu dia-a-dia, mesmo quando eu não esperava⁵¹.

Demorei um pouco a dar-me conta do quanto o “campo” estava em volta de mim; percebi posteriormente que eu poderia ter feito um diário de campo muito mais rico e detalhado. Mas nem sempre as situações possibilitavam um sistema de anotação que dessem margem a um registro mais sistemático. Certa noite, estava com uma amiga, ambos nos arrumando para sair em frente ao espelho do banheiro, ela disse-me que já havia tomado antidepressivos, parando muito anos depois por achar que eles não respondiam às suas perguntas; no carro, com uma garota que havia conhecido há poucos dias, após uma sessão de cinema, ela contou-me, após perguntar sobre o que era o meu trabalho, que havia tomado um antidepressivo durante oito meses, elogiando a ação da pílula e relatando o que a levou ao consumo. Situações como estas multiplicaram-se com o tempo e acabei por realizar um número razoável de entrevistas.

⁵¹ Um exemplo: o meu seriado de TV preferido pegou-me de surpresa em dois capítulos. Um deles mostra um dia na vida de um casal que não consegue se encontrar após o homem já ter ingerido a pílula *Viagra*, como uma experiência, de comum acordo entre os dois; num segundo, o grupo de assessores de um candidato a prefeito, do qual a estrela principal do seriado faz parte, reflete sobre as vantagens e desvantagens de divulgar publicamente que o candidato vem tratando-se com a pílula *Prozac*. Ver este seriado costumava ser um momento de relaxamento, durante o qual eu parava de refletir sobre a dissertação; mas o antropólogo, quando trabalha com um tema que perfaz a cultura na qual ele mesmo está inserido, pode ter suas férias parciais canceladas a qualquer momento.

CAPÍTULO 2

Afirmando a *doença*: o discurso da biomedicina

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (Foucault, 1980:8)

Neste capítulo, trago, de forma bastante etnográfica, a forma como emerge o discurso da biomedicina (tendo como agentes os laboratórios farmacêuticos e médicos) sobre os “remédios do estilo” de vida e as doenças relacionadas a eles. Procurei realizar uma divisão em tópicos que mostrasse a heterogeneidade deste discurso, haja vista que o ponto focal nem sempre é o mesmo, mas que não deixasse de destacar as suas regularidades. Em alguns casos, é a *doença*, do ponto de vista da prática biomédica, que está sendo divulgada; isso vale especialmente para a comunicação que visa atingir o público leigo, não-usuário dos medicamentos. Em outros, quando o público-alvo da comunicação são os médicos e seus pacientes, é um medicamento específico que está sendo divulgado. Em diferentes espaços, diferentes sentidos podem ser atribuídos à idéia de *doença*, mas, em termos gerais, como veremos, o discurso aponta para uma patologização da experiência dos indivíduos.

2.1 Doença/Saúde e cultura: a teoria da *illness*, *disease* e *sickness* e a opção pela categoria nativa

Parece ser uma experiência comum à maioria dos grupos humanos a de elaborar a sua versão de desconforto físico, moral ou psicológico. Arrisco-me a afirmar que a experiência de doença pode ser considerada um universal; já o sentido atribuído a estas experiências varia tanto quanto variam os grupos humanos. É justamente sobre este duplo aspecto de “uma das áreas mais críticas da experiência humana” (Duarte, 1998:11) que a Antropologia vai se debruçar através de sua área temática antropologia da saúde⁵².

No que se refere à abordagem teórica deste trabalho, penso que o pressuposto necessário para que se lance um olhar antropológico sobre o tema doença/saúde é assumir que estas concepções, assim como as de cura, sofrimento, mal-estar e mesmo medicamento possuem características próprias de acordo com o contexto cultural que as produz, quando ele as produz. Estas concepções estão ligadas a uma cosmologia mais abrangente, conectadas com toda uma teia de esquemas sociais e valores simbólicos, não podendo ser isoladas da cultura da qual fazem parte.

⁵² A denominação da área da antropologia que pesquisa o eixo de experiências de doença/saúde varia. Minha opção pelo termo antropologia da saúde está informada pelo objeto de minha pesquisa: trata-se de uma cultura que, apesar de integrar o campo biomédico oficial, não se resume a experiências de doença. Se entendermos saúde em um sentido mais genérico, no sentido de estado de saúde e não como um dos pólos de uma oposição entre saúde e doença, creio que o termo ganha abrangência. Saúde aqui não é uma categoria restrita; ela engloba também comportamentos deliberados para melhorar o estado de saúde. Sendo assim, antropologia da saúde pode englobar uma antropologia da doença.

A definição daquilo que será objeto de preocupação, pesquisas e cuidados por parte dos agentes sociais cuja função é tratar e curar estados considerados patológicos pela biomedicina também é uma escolha cultural. Em outras palavras, nem sempre o que é fonte de preocupação e desconforto para uma cultura também o é para outra. Sejam estas situações de desconforto manifestadas através de sintomas físicos ou psicológicos, comportamentos desviantes etc, creio que a análise do quadro de estados considerados patológicos por um sistema médico qualquer pode lançar uma luz sobre as noções de normalidade e comportamento socialmente prescrito dentro de uma cultura. Neste sentido, um diálogo entre as sub-áreas da Antropologia que tentam dar conta dos temas saúde, corpo e Pessoa pode ser bastante fértil, contribuindo para a compreensão de uma realidade tão multifacetada e repleta de diferentes atores, tons e espaços discursivos quanto esta dos sistemas médicos.

O discurso antropológico sobre os estados de saúde/doença traz à tona em muitas ocasiões a tensão entre, por um lado, um saber que ocupa uma posição hegemônica na cultura ocidental e, por outro, práticas e códigos que estão em constante negociação, atrito, choque e/ou combinação com ela. A posição hegemônica nas culturas ocidentais urbanas está ocupada pela biomedicina oficial e suas representações fisicalistas, baseadas no cientificismo racionalista que rege sua maneira de ver o mundo; numa posição mais periférica poderíamos incluir as medicinas ditas não-oficiais, os saberes populares, a medicina tradicional e as terapias chamadas “alternativas”. Enquanto este segundo grupo heterogêneo de práticas aparece em geral identificado a sub-culturas específicas, ocupando uma posição periférica, algumas vezes estigmatizada, a biomedicina oficial é amplamente reconhecida como um saber eficaz, representando um competente discurso de verdade. O discurso biomédico vem demonstrando grande capacidade de expansão, encampando técnicas e práticas de outros sistemas médicos⁵³, ocupando novos espaços e passando a absorver estados de saúde/doença antes não tratáveis dentro do seu espectro de diagnósticos⁵⁴. Os laboratórios farmacêuticos, que em muitos casos atuam em nível global, lançando os seus produtos quase simultaneamente em vários países do mundo, também são atores deste processo de expansão, já que

⁵³ Como exemplo, podemos pensar na forma pela qual a acupuntura vem sendo absorvida pelo sistema biomédico. Hoje, com a carteira de um plano de saúde como a Unimed, é possível ter acesso a um médico acupunturista. Lembro-me de que há não muito tempo esta era uma terapia ligada, no Brasil, ao campo das medicinas doces ou alternativas.

⁵⁴ Como exemplo recente deste tipo de crescimento, posso citar a área da medicina desportiva, que vem ganhando força nos últimos anos. Já se tem notícia de clínicas que incluem entre seus serviços práticas de ginástica e musculação, e academias que incluem serviços médicos (para check-up do estado de saúde, nivelamento em termos de capacidade aeróbica etc).

desenvolvem pesquisas e produtos para este *mercado da saúde*, um campo tão competitivo (diferentes marcas disputam o mesmo nicho de mercado) quanto lucrativo. Tal mercado parece estar em franco crescimento; podemos falar em um processo crescente de *medicalização da vida cotidiana*, dentro do qual a biomedicina espraia-se por novos campos, estabelece novas patologias, cria novos tratamentos.

Grande parte da produção acadêmica em antropologia da saúde vai trabalhar com esta área de choque entre o saber da biomedicina oficial e os saberes locais periféricos, estejam eles próximos ou distantes em termos geográficos. Este embate entre diferentes regimes de verdade não pode ser analisado de forma maniqueísta, especialmente porque os usuários de serviços de saúde em geral costumam apresentar um itinerário pouco fiel, fazendo uso concomitante de diversas estratégias. De certa forma, tal embate está representado em categorias teóricas de análise que vêm sendo utilizadas freqüentemente como ferramentas interpretativas nos estudos de antropologia que cruzam saúde e cultura: refiro-me às categorias *illness*, *disease* e *sickness*. Estas categorias, criadas no âmbito das pesquisas da Antropologia médica norte-americana, correspondem a três ordens de realidade distintas, autônomas, mas que interagem entre si: as realidades subjetiva, biofísica e cultural da doença (Zempléni, 1994). Os termos podem ser traduzidos para o português, na mesma ordem, como *doença*, *enfermidade* e *mal-estar*.

Disease ou *enfermidade* corresponderia a uma alteração biofísica, objetivamente comprovável (Zempléni, 1994) nos termos da biomedicina ocidental. Trata-se da ocorrência efetiva de uma disrupção física⁵⁵, demonstrável e diagnosticável. Desta forma, podemos dizer que sarampo é uma enfermidade, possuindo características semelhantes em termos de seus sintomas físicos, independentemente da cultura na qual ela se manifeste. Ainda sobre o termo *disease*, Laplantine realça seu caráter fortemente relacionado com a prática da biomedicina ocidental (que tende a enfatizar o aspecto fisiológico da doença e trabalha com uma perspectiva transcultural), já que este termo responderia pela

apreensão propriamente biomédica da doença, única fundamentada em um conhecimento objetivo dos sintomas físicos do doente, o que evidentemente implica, por parte da prática médica, uma ocultação ou, pelo menos, uma relegação ao segundo plano do existencial e do social. (1990:16)

Por sua vez, a idéia de *illness* ou *doença* está ligada às representações locais, às experiências subjetivas, “apresentando óbvias afinidades com padrões

⁵⁵ Segundo Duarte, esta é a definição da antropologia médica norte-americana.

culturais específicos” (O’nell e Selby). Nas pesquisas que fazem uso desta categoria como ferramenta teórica, o enfoque é na fenomenologia, atentando para a experiência e para o sentido atribuído a esta experiência, ou seja, para aquilo que a pessoa sente (ou relata sentir, se pensarmos que a existência socialmente reconhecida da doença e do doente passa por uma esfera discursiva, com compartilhamento de códigos e vocabulário). Esta afinidade com padrões culturais específicos é um *sine qua non* para que uma experiência seja vivida como *illness*, já que ela “precisa do reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação disruptiva definida” (Duarte, 1998:13).⁵⁶

Kleinman, um psiquiatra que se esforçou por superar esta dicotomia, relata ter aprendido em algumas de suas primeiras experiências com pacientes, ainda enquanto estudante de medicina, sobre uma distinção entre a experiência de *illness* vivida pelo paciente e a atenção dada pelo médico ao estado de *disease* (1988: viii).

O terceiro termo desta tríade, *sickness* ou *mal-estar*, envolve a ambos, o processo sócio-cultural de construção da doença e o processo individual subjetivo, colocando os dois termos anteriores em reflexão. Com uma proposta conceitual englobante no que tange o sistema cultural da doença, *sickness* mostra-se como o termo mais complexo desta tríade analítica, mas também como o mais rico, visto que parece ir além de uma possível leitura polar entre *illness* e *disease*.⁵⁷ Segundo Young (1982, citado em Zempléni, 1994), a idéia de *sickness* ou *mal-estar* corresponde a todo “o caminho percorrido por uma pessoa, do diagnóstico até resultados socialmente significativos”. Por “resultados socialmente significativos” podemos entender alguma espécie de desestabilização do papel social do indivíduo, uma vez estando ele com o rótulo de doente, mas também o consenso de que tal pessoa está curada ou ainda irremediavelmente além de uma cura possível. Uma pessoa doente pode ver-se desobrigada de cumprir suas obrigações cotidianas; dados etnográficos apontam que, muitas vezes, os estados de mal-estar estão

⁵⁶ O debate sobre os conceitos de *illness* e *disease* aparece muitas vezes na bibliografia de antropologia da saúde, em especial nas pesquisas que tratam sobre *folkillness*: ver Good (1977) sobre uma *illness* chamada mal do coração no Irã; os trabalhos de O’nell e Selby e ainda Rubel, O’nell e Collado sobre a incidência de *susto* na América Central e do Sul. Vale a pena também dar atenção à crítica feita por vários autores à forma como a biomedicina Ocidental vem tratando questões locais: Obeyesekere (1985) critica o método da epidemiologia psiquiátrica aplicada à população budista do Sri Lanka; além destes, ver ainda o trabalho de Rubel, O’nell e Collado (1990) sobre *susto*.

⁵⁷ Tentarei mostrar a seguir que a oposição entre *illness* e *disease* não dá conta do campo cultural alvo deste trabalho. No limite, penso que o uso não problematizado destas duas categorias pode gerar uma camisa de força teórica, reificando oposições e forçando um encaixe do “campo” dentro destas categorias.

ligados a algum tipo de estresse em relação ao papel social do indivíduo⁵⁸. Para Kleiman, *sickness* pode ser definida como

The understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces. Thus, when we talk of the relationship of tuberculosis to poverty and malnutrition that places certain populations at higher risk of the disorder, we are invoking tuberculosis as sickness; similarly when we discuss the contribution of the tobacco industry and their political supporters to the epidemiological burden of lung cancer in North America, we are describing the sickness cancer. Not just researchers but patients, families, and healers, too, may extrapolate from illness to sickness, adding another wrinkle to the experience of disorder, seeing it as an reflection of political oppression, economic deprivation and other social sources of human misery". (op. cit.: 6)

Illness, disease e sickness são categorias analíticas, ferramentas metodológicas sem as quais a antropologia que volta seus olhos para os sistemas de saúde teria dificuldade em estabelecer classificações, construindo semelhanças e diferenças. Esta não é uma classificação que emerge do “real”; trata-se sim de categorias que nascem a partir de um olhar teórico-analítico. A questão que se coloca é: seriam estas categorias úteis para toda e qualquer pesquisa no campo da antropologia da saúde? Ou seria necessário repensar sua aplicabilidade a partir do material etnográfico em questão?

De forma geral, em pesquisas que estudam sistemas médicos fora da cultura ocidental, ou ainda tentam entender a fricção entre diferentes sistemas médicos, a categoria *illness* ou doença corresponde ao discurso nativo ou às “sabedorias médicas locais”, enquanto *disease* ou enfermidade ocupa a posição do discurso oficial biomédico. Com frequência, fala-se na conexão entre símbolo e *illness*⁵⁹, já que esta categoria exprime a perspectiva nativa, local, multifacetada da doença ou desconforto; é menos comum pensar a correspondência entre símbolo e *disease*, a enfermidade do ponto de vista biomédico, naturalizada e unívoca. Uma postura que subestime as conexões culturais da enfermidade parece assumir, mais do que eu creio ser necessário, a “oficialidade” desta categoria, tomando-a como um dado do real, naturalizando a patologia na forma como ela é definida do ponto de vista biomédico.

⁵⁸ Ver, por exemplo, o caso do mal do coração no Irã, relatado por Good (1977). Ver também Duarte (1986), em sua pesquisa sobre a doença dos nervos entre as classes trabalhadoras.

⁵⁹ Ver, por exemplo, Lieban (1992), um trabalho no qual o autor realça as relações entre doença (*illness*) e símbolo, como doenças tornam-se símbolos e como os símbolos implicam em processos que podem acarretar em doenças. O conceito de símbolo apresentado por Lieban, formulado por Langer, é o de que “symbol is a vehicle for the conception of something” (p.183).

Logo, sem colocar o discurso biomédico ocidental em perspectiva, deixando-o fora, de certa forma, da condição de produto de uma cultura específica.

Na minha experiência de campo, percebi que alguns sintomas são definidos como enfermidades pelos agentes da biomedicina oficial – indústrias farmacêuticas e médicos – através de formas peculiares de comunicação e divulgação. Neste capítulo, pretendo analisar as construções simbólicas e discursivas destas formas de comunicação e a maneira pela qual, por diferentes meios e estratégias, elas convergem para objetivos comuns. Laboratórios farmacêuticos e médicos fazem uso de diversos meios e espaços de comunicação (que vão dos meios de comunicação de massa ao momento das consultas médicas) para afirmar com frequência que *tal sintoma é uma doença* e deve ser tratado como tal, ou seja, dentro do campo de competência da biomedicina. Trabalho com a possibilidade de que tanto as *doenças* definidas a partir daí como a relação entre os atores sociais que transitam por este código podem e devem ser pensados na sua interação com o conjunto de valores da cultura em questão.

No caso do campo cultural em que situei meu enfoque de pesquisa, não encontrei um material etnográfico no qual as categorias que conformam a relação entre *doença* e *enfermidade* (*illness* e *disease*), tal como definidas acima, tivessem aplicabilidade. Aqui, o discurso da biomedicina é tomado como um discurso nativo entre outros, e é analisado através de vários materiais: peças de divulgação (jornalísticas e publicitárias) das pílulas Prozac, Viagra, Xenical e similares, falas dos médicos com quem conversei – ou entrevistados em revistas – e ainda textos das monografias dos medicamentos. Em outras palavras, a idéia naturalizada de enfermidade apresentada pelo discurso biomédico é tomada como objeto de análise, e não como um ponto de partida para a pesquisa.

Doravante, passo então a utilizar o conceito nativo de *doença*. Trata-se, portanto, de um conceito tirado do campo, já que esta é a forma como, nas diversas esferas discursivas a que me remeterei a seguir, o discurso biomédico se refere aos estados de depressão, obesidade e disfunção erétil – estados patologizados, há que se sublinhar.

Estas *doenças* não podem ser encaixadas em nenhuma das categorias teóricas *illness* ou *disease*. Por um lado, *doença* aqui não corresponde ao conceito de *illness*, visto que não emerge de experiências subjetivas específicas em contraposição a um discurso oficial, mas trata-se ela mesma de parte do discurso biomédico oficial. Por outro, não trabalho com a versão naturalizada da doença

impressa no conceito de *disease*.⁶⁰ Meu enfoque envolve analisar o discurso biomédico como culturalmente construído. O conceito nativo *doença*, da maneira como o entendo, seria não simplesmente a alteração biofísica objetivamente comprovável, mas o processo de construção simbólica desta alteração.⁶¹

Em outras palavras, quando o discurso da biomedicina oficial é tomado também ele como passível de análise, ocupando o lugar de “discurso nativo”, parece-me que o uso comumente feito das categorias *illness* e *disease*, no sentido em que elas são utilizadas dentro da teoria antropológica, deve ser relativizado.

Ao colocar em perspectiva os dois campos discursivos com que trabalho, pode-se constatar uma negociação de sentido⁶² entre os profissionais da biomedicina e os usuários destas pílulas. Neste capítulo, atendo-me a uma etnografia do discurso biomédico oficial, problematizando e comparando as diversas fontes às quais tive acesso.

2.2 Divulgando a *doença* – cenas da comunicação com o público não-usuário

Vamos partir então da hipótese de que as *doenças* (no caso em questão: depressão, obesidade e disfunção erétil) não configuram apenas uma espécie de evento natural, transcultural e a-histórico que é evidenciado pelos avanços das novas tecnologias da biomedicina. Partamos, antes, da hipótese de que certas *doenças* mostram uma grande interface com os valores da cultura que as produz; esta é uma idéia que atravessa este texto. Como veremos a seguir, uma parte da comunicação dos laboratórios farmacêuticos que visa atingir o público leigo e não-usuário dedica-se justamente à defesa e à divulgação do argumento contrário, ou seja, o argumento que naturaliza a *doença*.

No que se refere a questões de ordem fisiológica – e elas sempre existem em algum nível – a antropologia (ao menos neste trabalho em particular) tem pouco ou

⁶⁰ Segundo Good (1977), “tem havido uma variedade de esforços para ‘des-endeusar’ a teoria da *disease*, para explorar a visão de que as *diseases* não são constituídas como entidades naturais, mas como realidades sociais e históricas”.

⁶¹ Não estou afirmando aqui que não haja uma alteração física, mas tal alteração não faz parte do objeto desta dissertação.

⁶² Good (1977) é um autor que se preocupa em expor a relação entre linguagem médica e os contextos comunicativos nos quais esta linguagem é utilizada. Ele propõe “desenvolver uma teoria da linguagem médica que não reifique a concepção de *disease* e que não reduza a semântica médica à função ostensiva ou nomeadora da linguagem”. Para ele, *illness* e *disease* estão integradas na estrutura da sociedade. Mas é da natureza desta integração uma certa tensão entre a linguagem médica e a linguagem leiga. É do choque entre estas duas linguagens em contextos culturalmente definidos que nasce uma negociação do sentido atribuído às experiências de desconforto.

nada a contribuir. Trazer a doença para o campo da cultura não significa reduzir a primeira à segunda, e penso ser perigoso delimitar qualquer discussão sobre a questão da doença a um evento cultural. Mas no caso das *doenças* que entram em debate nesta dissertação, creio ser válido afirmar que existe uma forte relação com certos aspectos, valores e símbolos que circulam no nosso cotidiano. Talvez o mesmo não possa ser dito sobre uma doença como a varíola, mas não me proponho a resolver este impasse aqui. A minha intenção é simplesmente mostrar a utilidade de se pensar os aspectos simbólicos da *doença*, sublinhando a importância de uma comunicação (difícil, como sempre é difícil implementar um diálogo inter ou transdisciplinar) entre áreas que falam idiomas diferentes, como a antropologia e a medicina.

Esta hipótese – da existência de uma interface entre doenças e cultura – está informada por uma percepção de campo: o processo de divulgação das pílulas Viagra, Xenical, Prozac e similares é acompanhado por um processo paralelo de *construção da doença* por parte do campo farmacêutico-biomédico. Este processo consiste na definição das suas características, causas, conseqüências e tratamento adequado, situando o sintoma dentro do campo de competência da biomedicina.

Nos exemplos que destaco neste tópico, o público-alvo da comunicação é formado pelo indivíduo leigo, não-usuário, mas usuário em potencial. Os laboratórios fabricantes realizam um esforço – através de anúncios e informativos em importantes revistas e jornais de circulação nacional, sites na internet ou impressos que ficam disponíveis em salas de espera de consultórios médicos – de divulgação das definições da *doença* a qual o seu produto se propõe tratar, delimitando o trato de tal *doença* dentro do campo de competência da biomedicina, através, em especial, do uso de medicamentos. O discurso de alguns médicos com quem conversei segue na mesma direção. Afinal, sem *doença* não há o porquê de um medicamento e muito menos de uma cura possível.

2.2.1 A *doença* depressão

No caso da depressão, um bom exemplo desta comunicação para a construção de uma *doença* pode ser encontrado em uma campanha de informes publicitários assinados pelo laboratório Wyeth, veiculados no caderno Folha Equilíbrio da Folha de São Paulo.⁶³ Os anúncios são assinados pelo laboratório, mas

⁶³ A campanha completa é formada por cinco anúncios, sendo que eu tive acesso a três deles, veiculados nos dias 16 e 23 de agosto e 6 de setembro de 2001. Na verdade, por não estar

em nenhum momento há referência ao antidepressivo produzido por ele. Em cada um deles, um psiquiatra é encarregado de fornecer esclarecimentos acerca duma temática relacionada com a depressão, seguindo o modelo de perguntas e respostas. Não há referência a respeito de quem teria formulado as perguntas às quais o psiquiatra responde, mas acredito que este trabalho fique a cargo do laboratório farmacêutico.

Vejam os textos introdutórios de um destes informes publicitários, com a chamada “Entendendo a depressão”, no qual há um esforço para estabelecer as fronteiras e o estatuto da *doença*, nos seguintes termos:

“Hoje acordei deprimido”. “Estou deprimida porque briguei com meu marido”. “Este problema me deixou deprimido”. Será que estas frases, ditas com grande frequência por todos, escondem de fato um processo de depressão? A resposta é negativa: a depressão é uma doença, e é assim que vem sendo tratada atualmente por médicos e laboratórios farmacêuticos como os Laboratórios Wyeth, que tem realizado intensas pesquisas para o desenvolvimento de antidepressivos de última geração.

Há um esforço para separar o diagnóstico biomédico da depressão de outros estados de tristeza, melancolia ou ansiedade que fariam parte do cotidiano “normal” dos indivíduos, sem serem enquadrados como estados patológicos. O estabelecimento do rótulo *doença* é um trabalho para os médicos e laboratórios farmacêuticos, encarregados de definir seus limites, características, diferentes estágios e níveis. O uso da expressão pelo público leigo, ligando a categoria depressão a estados emocionais do cotidiano, não-patológicos, é considerado um desvio do uso profissional e especializado da expressão. Isto vale também para o uso leigo de expressões que fazem parte do campo semântico de depressão, como depressivo e deprimido.

Com a separação entre um uso leigo e um uso profissional da expressão, constitui-se uma autoridade sobre o tema, um saber detido por um grupo específico de profissionais. Mas uma pista aparece aqui: as frases usadas como exemplo de

divulgando um produto em especial, mas sim falando da *doença* depressão, o termo anúncio talvez não seja o mais adequado; as peças são apresentadas como informes publicitários. O Caderno Folha Equilíbrio é publicado semanalmente todas as quintas-feiras, como parte integrante do jornal Folha de SP, e traz sempre reportagens ligadas ao campo da saúde em termos genéricos. O lançamento de novas pílulas para a disfunção erétil (com a manchete “Novos Viagras vêm aí”), a importância de exercícios físicos para melhorar a ‘qualidade de vida’, estresse e depressão foram alguns dos temas de capa enquanto eu desenvolvia esta pesquisa.

um mau uso da terminologia mostram o quanto tais idéias já estão incorporadas ao nosso cotidiano, sendo apropriadas e ressignificadas por um certo uso leigo.⁶⁴

O anúncio continua com uma série de perguntas e respostas, através das quais um psiquiatra “*explica a diferença entre uma reação normal de tristeza diante dos problemas do dia-a-dia e um estado depressivo*”. Em uma delas, apresenta-se a depressão como uma ‘doença’ que não conhece limitações de espaço e tempo. Enquanto *doença*, afirma este médico,

*A depressão já é conhecida e suficientemente definida há muitos séculos, e em todas as culturas e países. Desse modo, não se pode encará-la como uma doença moderna, ou uma doença típica das grandes cidades.*⁶⁵

A doença, deste ponto de vista, é naturalizada, universalizada e deshistoricizada, ganhando uma vida própria que independe de variações culturais e desconhece fronteiras geográficas. Em outro anúncio da mesma campanha, reitera-se a defesa de se fazer um diagnóstico e medicalização “adequados”:

Diagnosticar com precisão e tratar adequadamente um estado depressivo são procedimentos fundamentais para evitar riscos decorrentes da doença, e devolver ao paciente uma boa qualidade de vida (...) À volta de um paciente deve haver a compreensão de que a depressão não é preguiça, nem falta de caráter ou de vontade. Não adianta pedir ao paciente que reaja, pois ele precisa de medicamentos.
(o grifo é meu)

Nesta caracterização da *doença* depressão, o indivíduo autônomo cede lugar ao paciente, no sentido em que não cabe a ele, mas sim ao medicamento e ao médico, modificar o seu quadro clínico⁶⁶. O doente não é culpado pelo seu estado patológico; a *doença* constitui uma espécie de realidade à parte da pessoa, isolada da vontade do doente. No momento que destaco abaixo, ainda parte deste mesmo conjunto de anúncios, esta impotência do doente em relação à sua *doença* é ampliada para as pessoas em seu entorno e para as transformações que pudessem ser feitas à sua volta.

⁶⁴ Voltarei a este tema da vulgarização do jargão médico, e da tensão entre discurso biomédico e discurso leigo no capítulo 4.

⁶⁵ Mais uma vez, fica no discurso do médico uma pista sobre os usos e a explicação pelo público leigo da *doença* depressão. Veremos a seguir que muitas vezes os usuários das pílulas atribuem o seu sintoma a diferentes formas de estresse do mundo moderno, à vida atribulada do cotidiano e às exigências de suas profissões.

⁶⁶ Retomarei a discussão sobre esta tensão entre o papel do indivíduo e o papel do medicamento na história do desconforto-doença, trazendo também o ponto-de-vista dos usuários das pílulas, nos capítulos seguintes.

A depressão, muito freqüente no Brasil, onde são diagnosticados cerca de 3 milhões de novos casos anualmente, tanto em homens quanto em mulheres, é uma doença orgânica, que uma vez instalada segue seu próprio curso, e que independe, para o seu tratamento, de tentativas de modificações de fatores externos por parte do paciente e de seus familiares. Em outras palavras, não há viagens, restaurantes, roupas novas ou vitaminas que possam curar uma doença que necessita de tratamento médico.
(o grifo é meu)

Há uma insistência, constantemente reiterada, sobre a necessidade de tratamento médico e medicamentos para que o doente possa ser devidamente curado. Os anúncios abordam em vários momentos as condições e possibilidades de cura da *doença* depressão. Apesar de ser considerada uma doença de caráter recorrente, já que “50% dos pacientes que tiveram uma crise depressiva terão uma segunda crise”,

Com tratamento adequado – o que significa a utilização de um antidepressivo certo e na dose certa –, mais de 90% das pessoas com depressão podem atingir a melhora total, ou seja, voltam a sentir-se como eram antes da doença. Isso pode ocorrer entre seis e oito semanas após o início do tratamento, mas pode levar meses para acontecer, ainda que uma melhora parcial já seja experimentada entre as duas e quatro primeiras semanas.
(o grifo é meu)

Apesar de nenhum medicamento ser citado nesta campanha informativa, a necessidade do uso do “antidepressivo certo na dose certa” está com freqüência em destaque. A cura ou o controle da *doença* depende do encontro da química perfeita entre o doente e o medicamento, tendo o médico como um intermediário que negocia com seu paciente o estatuto da *doença* e do doente (ou seja, o diagnóstico), e a terapia como um complemento possível à medicação.

2.2.2 A *doença* Disfunção Erétil

Este esforço discursivo não apenas de formatação de uma *doença*, delimitando-a dentro da competência do campo biomédico, mas também de afirmação de que se trata de uma *doença* comum, não é exclusividade da depressão. Alguns médicos com quem conversei sobre a questão da disfunção erétil, tendo como assunto central o uso do Viagra e similares, mostram uma tendência semelhante, como nos casos destacados a seguir

A disfunção erétil é como uma cefaléia (...) As duas têm n causas. Eu penso que ela tem que ser encarada como uma doença qualquer. Ela tem que ser estudada, investigada. O importante pro médico é não se adaptar ao paciente, mas adaptar o paciente a uma dinâmica, nós temos que ter uma história da doença.

Mário, urologista

Até 2 anos atrás não se falava em Disfunção Erétil; é fundamental que se fale sobre isso. Realmente Disfunção Erétil deve ser encarada como uma outra patologia qualquer, que deve ser tratada. Mas isso leva tempo, os médicos não têm preparo psicológico para tratar, é preciso ver o que está por trás deste pênis. É muito fácil dar uma receita; os médicos não estão preparados, não tem preparo psicológico e intelectual para falar sobre sexualidade. As novas gerações estão se preparando neste sentido. Muitas vezes eu recebo pacientes de outros médicos (cardio, onco, etc.) que tomam remédios que causam Disfunção Erétil, mas os seus médicos nunca falaram sobre isso.

Pedro, urologista e andrologista

Nos dois casos, a comparação da Disfunção Erétil com uma “dor de cabeça”, ou a sua caracterização como sendo uma patologia como outra qualquer, parece manifestar a defesa de um campo de trabalho, atitude comum ao discurso dos médicos e ao material divulgado por conta dos laboratórios farmacêuticos. Na fala do segundo médico, de uma forma peculiar, vem à tona a percepção da “novidade” da *doença*, visto que até dois anos atrás “não se falava em Disfunção Erétil”⁶⁷. Vale destacar que, quando esta entrevista foi concedida (no segundo semestre de 1999), o lançamento do Viagra no Brasil também estava próximo de completar dois anos. É possível então que o discurso público sobre a *doença*, fora dos meios técnicos, tenha começado paralelamente ao lançamento do novo produto.

O discurso destes dois agentes da biomedicina ocidental – médicos e laboratórios farmacêuticos – apresentam estratégias bastante similares também no que diz respeito a certas peculiaridades quanto à denominação da *doença*. Nos primeiros anúncios de revista por mim coletados da campanha do laboratório Pfizer, que produz o Viagra, no ano de 1999, o termo utilizado para designá-la era Disfunção Erétil, que vem a ser a terminologia técnica utilizada pelos médicos (ao menos nas entrevistas que realizei com urologistas). Em alguns destes anúncios, eram combinadas duas denominações, estando uma delas entre parênteses, como no texto a seguir:

⁶⁷ Mas, de qualquer forma, se falava em impotência ou outros termos. O que parece marcar algo de novo é a divulgação de um discurso mais próximo a uma leitura patológica.

Mais de 10 milhões de pessoas em todo o mundo já resolveram o problema da Disfunção Erétil (impotência). No Brasil, cerca de 100 mil casais por mês estão se beneficiando de um tratamento seguro e eficaz. A Disfunção Erétil pode ser consequência do uso abusivo do cigarro e do álcool, entre outras coisas. Fale com seu médico e saiba mais sobre o tratamento que tem mudado a vida de muita gente pra melhor.
(o grifo é meu)

Apesar de não haver menção a nenhum remédio específico, os trechos “... estão se beneficiando de um tratamento...” e “Fale com seu médico e saiba sobre o tratamento...” apontam para o possível uso de um produto em especial. Ou seja, apesar de nenhuma pílula específica ser citada, e a *doença* ser o foco de atenção do anúncio, um produto está no subtexto.

Esta campanha continuou sendo veiculada com diversos anúncios de revista durante os dois anos seguintes (2000-01). O termo técnico, “Disfunção Erétil”, e um outro que parece ser de entendimento mais fácil pelo grande público leigo, “impotência”, alternavam-se em chamadas e textos dos anúncios. Com o tempo, a denominação “Disfunção Erétil” foi sendo deixada de lado neste espaço discursivo. Durante o ano 2000, uma seqüência de anúncios traz uma nova combinação: o termo “impotência” agora convive com a expressão “desempenho sexual” e as fotos dos anúncios mostram imagens de homens conhecidos através dos meios de comunicação do país⁶⁸. Aparece também uma nova denominação, a saber, “dificuldade de ereção”. Num período ainda posterior – os últimos anúncios coletados são do primeiro semestre do ano 2001 - a denominação “disfunção erétil” parece ter sido de todo abandonada. “Dificuldade de Ereção”, não por acaso uma expressão para a qual vale a mesma sigla do que para o primeiro termo (DE), passa a responder pelo nome da *doença* neste espaço. O texto a seguir é do anúncio mais recente entre o material etnográfico coletado para esta pesquisa, veiculado em 7 de março de 2001:

Recomeçaram a vida depois de acabar com as Dificuldades de Ereção. Muita gente acabou redescobrando a vida sexual. Se soubessem que as Dificuldades de Ereção poderiam comprometer o relacionamento afetivo, o trabalho e a autoconfiança, teriam procurado ajuda antes. Afinal, há mais de dois anos, surgiu um tratamento revolucionário que tem mudado a vida de muitos casais. Não vale a pena perder uma das boas coisas da vida por falta de atitude.
(o grifo marca o título principal do anúncio)

⁶⁸ Como o ator Nuno Leal Maia e o médico e jornalista Osmar de Oliveira, que já trabalhou como comentarista de futebol, sendo um personagem conhecido do público aficionado deste esporte.

A evolução da terminologia utilizada na campanha publicitária pode ser lida como uma espécie de tradução para uma linguagem leiga, ainda mais porque estes anúncios são voltados para um público não especializado. Talvez não seja uma coincidência o fato da sigla DE continuar servindo para designar o sintoma-doença. Parece-me que esta mudança tem conexões com uma tendência que me foi relatada pelos uro- e andrologistas com quem conversei em utilizar termos menos “técnicos”, que estariam mais próximos ao vocabulário dos pacientes, facilitando a comunicação durante as consultas. Um destes médicos, referindo-se às situações de consulta, disse-me que

Difícilmente eles falam disso na primeira consulta, demoram para entrar a fundo no problema dele. Às vezes eu tenho que jogar pro lado da sexualidade. ‘A ereção não tá boa?’, às vezes com algumas brincadeiras no meio pra tentar soltar o paciente, mesmo no caso do paciente cujo problema é não conseguir dar a quarta em uma noite.

Normalmente com brincadeiras, eu costumo descontrair o paciente, eu tento fazer ele perceber que eu sou igual a ele, e não o ‘professor Dr.’ Eu procuro fazer com que ele entenda que não é o único (hoje mesmo eu atendi um paciente de 25 anos - ele chegou a gaguejar pra falar comigo), que está com um problema, uma situação que está deteriorando a qualidade de vida dele. Quando a gente consegue estabelecer um vínculo de igualdade, de amizade, onde ele vai se sentir seguro, ele vai ter uma perspectiva de melhora muito melhor. Ele vai confiar em mim. Eu procuro brincar com a coisa, usar termos chulos... (...) eu tenho que falar com o paciente de uma forma franca, direta, e com uma linguagem acessível pra ele⁶⁹. Vou tentar conversar com o paciente dentro daqueles termos que ele conhece. Sexualidade ainda é tabu. É uma situação que ainda é muito fechada para o paciente.

Pedro, urologista e andrologista (o grifo é meu)

Indo um pouco mais além desta interpretação da mudança de terminologia como sendo uma tradução para uma linguagem leiga, é possível interpretar o discurso de laboratórios e médicos como uma forma de suavização da *doença*. Especialmente no caso da indústria farmacêutica, esta postura faz com que haja uma ampliação do público potencialmente usuário. À luz desta percepção, pode-se problematizar dados que apontam para a incidência de algum grau de disfunção erétil em 47% dos homens acima de 18 anos⁷⁰. Se trabalharmos com este número,

⁶⁹ Este mesmo médico disse-me que “no caso dos pacientes que gostariam de melhorar ainda mais a sua performance, eu indico o Viagra como se fosse uma gasolina azul. Um carro anda bem com gasolina comum, mas funciona ainda melhor com gasolina azul”.

⁷⁰ Este número aparece na Revista Isto É, em reportagem intitulada “Arsenal do Prazer”, 27/06/2001.

mais 4% e o estado de patologia torna-se mais comum do que um estado de normalidade.

A não-definição do nome da doença, assim como a variação da terminologia utilizada conforme o espaço, aponta para uma negociação do sentido da doença (que pode estar mais perto ou mais longe de um estatuto patológico) assim como a novidade, senão do sintoma, do sentido atribuído a ele. Num período relativamente curto de tempo, algo “do que não se falava dois anos atrás” transforma-se em “uma doença como outra qualquer”, ganhando o estatuto de patologia.

2.2.3 A *doença* obesidade

No caso da *doença* obesidade, uma das características específicas do material encontrado é a existência de programas mantidos pelos laboratórios farmacêuticos, visando acompanhar o tratamento farmacológico. Parte deste material é voltado para a divulgação da existência dos programas, tendo como público-alvo os ainda não inscritos e não-usuários dos medicamentos relacionados a eles.⁷¹ Na forma de folhetos, este material de divulgação pode ser encontrado nas salas de espera de consultórios médicos. Quanto ao seu conteúdo, além de trazer informações sobre os riscos da obesidade, principalmente em virtude de sua relação com outros males, como diabetes e hipertensão, e dicas sobre como melhorar a alimentação, boa parte destes folhetos é ocupada por testes que estabelecem os limites de risco entre estados normais e patológicos.⁷² Nas peças que encontrei, ou não há referência ao nome do medicamento do laboratório responsável pelo folheto, como no caso de um folheto da Roche (fabricante do Xenical), ou o remédio é citado de forma discreta em relação ao conjunto de informações, como no caso de um folheto do Knoll (fabricante do Reductil). As peças são concluídas com uma indicação para que se acesse os sites obesidade.com.br (mantido pelo Roche) e vivabemvivele.com.br (mantido pelo Knoll), em busca de maiores informações⁷³.⁷⁴

⁷¹ Falarei mais sobre o conteúdo destes programas nos tópicos 2.3 e 2.4 a seguir.

⁷² Sobre estes testes, ver especificamente o tópico 2.4.3.

⁷³ Por si só, a idéia de remeter o leitor para um endereço na internet em busca de maiores informações já é interessante. Isto já mostra um certo recorte quanto à camada populacional que faz uso destas pílulas. Afinal, quem tem acesso à Internet e sabe utilizar as suas ferramentas hoje no Brasil?

⁷⁴ O acesso a estes sites pode ser feito por dois caminhos. Chega-se ao mesmo lugar tanto digitando o endereço vivabemvivele.com.br quanto o endereço reductil.com.br; este é um site que reúne informações sobre a *doença* obesidade em termos gerais e informações sobre o remédio específico do laboratório, o Reductil (elemento ativo sibutramina). Da mesma forma, chega-se ao mesmo lugar digitando obesidade.com.br ou xenical.com.br; neste site o destaque para a *doença* é bem maior do que o dado para o remédio.

Em um destes folhetos, parte integrante do “Programa Viva Bem Viva Leve”, no primeiro exemplo abaixo, e no site obesidade.com.br, no segundo, o texto faz uma diferenciação no que se refere às razões que uma pessoa teria para combater o excesso de peso:

Estar de bem com a vida não é só sinônimo de satisfação com a aparência. E a sua saúde, como vai? Além de prejudicial à auto-estima, o excesso de peso é um problema crônico que afeta grande parte da população do mundo e pode levar a doenças do coração, diabetes, hipertensão e até problemas emocionais. E, finalmente, para vencê-lo, você precisa de ajuda especializada, que privilegie a sua saúde. Para combater o excesso de peso, não basta, entretanto, fazer dietas da moda. É necessário mudar o seu estilo de vida, trocando hábitos sedentários por atividades físicas regulares, abandonando cardápios pesados por saborosas comidas saudáveis. Escolha emagrecer não porque você quer ficar com um corpo mais bonito: opte por viver mais e melhor.
(grifos meus)

O incentivo maior passa a ser pela perda de peso, com critérios e acompanhamentos médico, assegurando a recuperação da auto-estima, da qualidade de vida e a certeza de que a obesidade é uma doença crônica que precisa de tratamento e cuidados específicos.
(grifos meus)

Termos como *qualidade de vida*, *estilo de vida* e *auto-estima* aparecem com frequência no discurso da biomedicina via indústria farmacêutica, como espaços que podem ser influenciados a partir do tratamento. A melhora na *qualidade de vida* e a recuperação da *auto-estima* são benefícios periféricos que o tratamento pode trazer. É importante perceber que parte da discussão dá-se sobre o motivo pelo qual uma pessoa deveria querer emagrecer: não apenas diminuir o peso corporal, mas fazê-lo por uma questão de *saúde*. O problema da obesidade é afastado das suas conexões com a estética e o padrão de beleza magro valorizados dentro da cultura ocidental, que se tornam motivações menos importantes na busca pela diminuição do peso corporal. A razão central e mola propulsora deve ser a questão da *saúde*, visto que a obesidade, neste espaço de divulgação, ganha o estatuto de *doença*. Ao contrário da estética corporal, questão que poderia ser abordada de outras formas que não via tratamento médico, e cujos valores poderiam ser postos em discussão, a *saúde* é um valor incontroverso, ao menos na cultura contemporânea de classe média urbana. Com isso, ganha força a prática biomédica, que define a técnica mais adequada de tratamento. No site obesidade.com.br, misturam-se as idéias de que emagrecer melhora a auto-estima do indivíduo, mas, principalmente, de que se trata de uma *doença* e deve ser tratada como tal:

*Doença dispendiosa, de alto risco, crônica e recorrente, a obesidade afeta milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive crianças. Embora não seja nova, ela assume agora proporções epidêmicas e está aumentando. Esta tendência é, sem dúvida, alarmante em virtude das doenças associadas à obesidade. (...) A obesidade é sinônimo de perda da qualidade de vida.
(o grifo é meu)*

A definição da obesidade como uma *doença* aparece em termos parecidos no site que traz informações sobre o remédio Reductil:

OBESIDADE – UMA DOENÇA MUNDIAL. Definida simplesmente como um acúmulo ou excesso de tecido gorduroso corporal há alguns anos atrás (Garrow,1988), a obesidade é hoje um problema de saúde mundial e emergente. Doença de evolução crônica e caráter epidêmico, atravessa fronteiras acometendo países economicamente desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Não respeita idades crescendo também entre crianças, jovens e adultos.

A obesidade, assim como a depressão, é caracterizada como uma *doença epidêmica*, com potencial para se tornar um dos grandes problemas de saúde no mundo nos próximos anos. Apesar de ser tratada como uma *doença*, que pede um tratamento pontual e específico, o processo requer uma mudança que passa por vários campos do *estilo de vida* do indivíduo, como assumir uma alimentação mais saudável e abandonar um padrão fisicamente sedentário, se este for o caso.

Não podemos falar de obesidade apenas como um fator isolado, pois ela interfere diretamente na vida das pessoas, trazendo problemas e gerando custos não apenas para seu tratamento específico, como para o controle e tratamento das doenças correlacionadas. Mas a questão não pára por aí. A obesidade também gera custos indiretos, resultado das dificuldades da pessoa obesa em realizar funções diárias, chegando até mesmo à incapacitação, trazendo assim graves perdas para a qualidade de vida. (grifo presente no site)

O parágrafo acima destaca os custos financeiros e sociais da *doença*, fazendo uma referência, que se repete em não poucos momentos entre o material etnográfico coletado, à questão da *qualidade de vida* do indivíduo. As categorias *qualidade de vida* e *estilo de vida*, como parece mostrar o material etnográfico, tem um papel crucial dentro do discurso biomédico. Recentemente, estas expressões passaram a ocupar um espaço ainda maior, ganhando amplitude em sua possibilidade de significados, assim como o conceito de *saúde*. Da forma como percebo, o uso freqüente destas categorias parece mostrar que o discurso biomédico incorpora valores dos grupos que pretende atingir. Isso vale para padrões considerados ideais pela cultura ocidental de auto-estima, felicidade, tipo físico,

longevidade, vivência em sociedade, etc. Ao que me parece, esta lista é tão plástica e cheia de possibilidades como o são os conceitos de *qualidade de vida* e *estilo de vida*.

2.3 Divulgando o medicamento – cenas da comunicação com os médicos e os usuários

Aquilo a que estou chamando de *processo de construção e divulgação de uma doença*, a partir de formas de comunicação específicas, tem várias frentes. Uma delas é feita junto ao público leigo, não usuário das pílulas, como tentei mostrar no tópico anterior. Uma de suas características centrais é o fato de que as peças de divulgação (anúncios, folhetos etc) se concentram na difusão de informações sobre os sintomas do desconforto, caracterizando-o como uma *doença*. Nos três casos analisados aqui – disfunção erétil, obesidade e depressão -, é comum e recorrente a afirmação dos laboratórios farmacêuticos e médicos de que se trata de uma *doença* como outras que conhecemos, e devem ser tratadas enquanto tais. Outra parte importante nesta divulgação de uma *doença* são os testes auto-aplicáveis, que serão tema exclusivo de análise do tópico 2.4. Tais testes podem ser feitos por conta própria, antes de qualquer consulta médica.

Neste tópico, vou mostrar qual o tom imposto a uma outra frente de comunicação: o discurso do material de divulgação voltado para o público especializado (médicos e profissionais de saúde em geral) e para as pessoas que já são usuárias dos medicamentos (pacientes). Neste novo espaço, se a *doença* e suas características continuam a ser divulgadas, já não é mais com exclusividade. Agora ganha importância a publicização de produtos farmacêuticos específicos e comparações com medicações concorrentes. Os remédios têm seus nomes, pesquisas específicas de resultados e possíveis efeitos colaterais expostos. Enquanto, na comunicação voltada para o público não-usuário, o discurso da indústria farmacêutica parece concentrar-se na divulgação da *doença* e também da informação de que já existem tratamentos possíveis, para o público especializado e seus pacientes o discurso parece concentrar-se na divulgação de um tratamento específico, uma cura específica por via de um medicamento específico.

2.3.1 Medicamentos para disfunção erétil

Em comparação ao material voltado para o público leigo, as peças de divulgação voltadas para o público especializado – leia-se médicos e profissionais da

área de saúde – apresentam importantes diferenças. A principal delas, como já foi dito, é que agora o foco central passa a ser a divulgação de um medicamento específico, ficando a *doença* para segundo plano. A referência a pílulas como Viagra e Regitina são freqüentes, com cada laboratório destacando as vantagens do seu produto, além de compará-los com técnicas anteriores para o tratamento da mesma doença⁷⁵.

No caso da disfunção erétil, é pertinente destacar a questão da denominação da *doença*. Como vimos acima, nos anúncios de revista veiculados pelo laboratório Pfizer, o nome da *doença* sofre modificações, num caminho iniciado com o termo “disfunção erétil”, passando por “impotência”, até chegar ao termo “dificuldades de ereção”. Estas mudanças foram analisadas como uma tradução da doença para um vocabulário mais acessível ao público leigo. Outra hipótese levantada é a de que a nova terminologia afasta o sintoma de um enquadre patológico, suavizando a *doença* e, com isso, ampliando o número possível de usuários.⁷⁶

O mesmo caminho não se dá se olharmos o material voltado para o público especializado. Aqui, não apenas o termo “disfunção erétil” é predominante, como outros termos são apontados como “menos precisos”

A disfunção erétil é definida como a incapacidade persistente em obter e/ou manter ereção adequada para a atividade sexual satisfatória. A expressão ‘disfunção erétil’ define com maior precisão a natureza desse distúrbio sexual do que o termo ‘impotência’.
(fonte: “Disfunção Erétil”, folheto do laboratório Pfizer, fabricante do Viagra)

No espaço de comunicação que se estabelece entre laboratórios e médicos, o que se vê é o uso de um vocabulário hermético, de difícil compreensão para não-iniciados. Neste espaço, surgem definições mais exatas para a *doença* disfunção erétil e para o que seria um estado de *cura*, o que não ocorre nas peças de comunicação voltadas ao público leigo. Em um folheto de divulgação da Fentolamina, elemento ativo do remédio Regitina (Laboratório Novartis), o sucesso no tratamento “foi definido como a capacidade de obter uma ereção que permita a penetração, e que possa ser mantida até a ejaculação”.

⁷⁵ Segundo um folheto do laboratório Pfizer, fabricante do Viagra, o tratamento ideal para a disfunção erétil deveria reunir as seguintes características: ser simples de usar, não invasivo, não doloroso, altamente eficaz e ter efeitos adversos mínimos. Ainda segundo este folheto, tais características só podem ser atribuídas às novas técnicas de tratamento com pílulas e não a técnicas como a administração de drogas por via transuretral, aplicação de injeção intracavernosa, implantação de prótese peniana e cirurgia venosa/arterial.

⁷⁶ Veremos no próximo capítulo que os usuários de Viagra e similares tendem a definir o seu estado como não-patológico.

Estando definida a *doença* e qual seria um estado de *cura*, outro quesito de destaque no material voltado para profissionais da saúde aborda a natureza das causas da disfunção erétil. Há dois caminhos explicativos: o das causas orgânicas e o das causas psicogênicas. Em um folheto denominado “Disfunção Erétil: questões e verdades”, que divulga a pílula Viagra, o maior peso recai sobre as causas orgânicas:

Pergunta - A Disfunção Erétil é um fenômeno predominantemente psicológico? Resposta - Esta crença comum simplesmente não é verdadeira. Há uma grande variedade de condições físicas que podem contribuir para a Disfunção Erétil. 70% a 90% de todos os casos de Disfunção Erétil estão associados a diversas condições físicas, a medicações e ao estilo de vida.
 (“Disfunção Erétil: questões e verdades”, folheto do Laboratório Pfizer) (o grifo é meu)

Mesmo quando a existência de possíveis causas psicogênicas ou ainda a convergência entre as duas etiologias diferentes é aventada, a existência de causas orgânicas na maior parte dos casos ganha destaque.

Constata-se, na maioria dos portadores de Disfunção Erétil, a associação de fatores orgânicos e psicogênicos. De acordo com a revisão dos resultados de seis estudos clínicos conduzidos na última década, fatores orgânicos, associados ou não a alterações psicogênicas, estão presentes em cerca de 78% dos homens com Disfunção Erétil. É importante salientar, no entanto, que essas classificações etiológicas são relativamente simplistas, pois a presença de uma anormalidade orgânica não significa que seja a única causa da Disfunção Erétil, com exclusão de causas psicológicas concomitantes. Em contrapartida, a não-detecção de distúrbio orgânico não implica que a Disfunção Erétil seja de ordem psicogênica.
 (“Disfunção Erétil”, folheto do laboratório Pfizer, fabricante do Viagra)

Sobre esta polaridade etiológica, destaco ainda um último texto, constante em um folheto de divulgação da pílula Regitina, também no formato de perguntas e respostas.

Como é a atuação de Regitina em “pacientes ansiosos”?
 A Fentolamina (elemento ativo), por ser um bloqueador alfa-adrenérgico, bloqueia periféricamente o efeito da noradrenalina. Desta forma, o fármaco parece induzir efeitos benéficos em pacientes com disfunção erétil de origem psicogênica (gerada por estresse ou ansiedade de performance).

A predominância de causas orgânicas no que se refere a etiologia da disfunção erétil, segundo o discurso biomédico-farmacêutico, é coerente com a defesa de que se trata de uma *doença* que deve ser tratada dentro do campo de competência da biomedicina. Mesmo onde se identifique causas psicogênicas, no caso do Regitina, o laboratório divulga uma certa competência do remédio, que pode “induzir efeitos benéficos”.⁷⁷ Sendo assim, ambos os possíveis grupos de causas da *doença* podem ser tratados com o uso do medicamento – ainda que perifericamente se as causas forem psicogênicas –, o que reforça a patologização do fenômeno.

2.3.2 Medicamentos para obesidade

Quanto à comunicação dos laboratórios farmacêuticos com profissionais de saúde sobre medicamentos voltados para o controle de peso, chamou minha atenção algumas peças do laboratório Roche na divulgação do Xenical. O Roche mantém uma revista bimestral chamada “Diálogo Médico”, de distribuição exclusiva e gratuita para a classe médica. Grande parte desta publicação é ocupada por anúncios dos medicamentos produzidos pelo próprio laboratório. O curioso é que em um campo onde a comunicação costuma dar-se através do uso de um vocabulário técnico – como no caso das monografias dos remédios –, alguns anúncios utilizam uma linguagem que eu caracterizaria como “menos técnica”, mais adequada, creio, para o público leigo. Em um destes anúncios, de página dupla, dedicado ao Xenical, vê-se do lado esquerdo uma fatia de pão com manteiga ou margarina; do lado direito, parte da margarina “mela” a página, como se tivesse ficado grudada pelo contato; logo abaixo, lê-se “30% de gordura. *Aqui na página, faz muito menos estrago do que na saúde do seu paciente*”. O anúncio tem a assinatura principal ocupada pela logomarca do Xenical, seguido do slogan “*menos gordura, mais saúde*”, construindo uma relação direta de causalidade.⁷⁸ No site obesidade.com.br, mantido justamente pelo Roche, o slogan central é “*obesidade- menos gordura, mais saúde*”; no site, que está aberto a todos, então, a *doença* substituí o medicamento.

Algumas páginas a seguir, na mesma revista, um outro anúncio com a chamada “*Agora você pode contar com mais um instrumento de trabalho*” anuncia a existência do site xenical.com.br. O curioso é que se trata do mesmo site anunciado para o público não-usuário com o endereço obesidade.com.br. Os dois endereços

⁷⁷ Não é sem uma certa ironia o fato de que, em todas as entrevistas realizadas com usuários do Viagra, os homens fazem referência a um certo “efeito psicológico” da pílula.

levam à mesma página principal, mas uma área é reservada para acesso exclusivo de médicos e profissionais da saúde, informação destacada no anúncio.

O discurso mais específico sobre os medicamentos pode incluir uma comparação com outras marcas concorrentes. Em uma série de perguntas e respostas que ficam numa parte do site reductil.com.br (ou vivabemviveleve.com.br) acessível tanto a médicos quanto a não-médicos, dois medicamentos de sucesso no mercado são comparados a partir de seus elementos ativos, em termos de qual contribuiria para uma maior perda de peso:

Existem estudos comparativos entre Sibutramina e Orlistat⁷⁹? Embora não existam estudos comparativos diretos entre Sibutramina e Orlistat, foi realizada uma meta-análise dos resultados obtidos com as duas drogas em relação ao placebo, que mostrou uma maior perda de peso favorável à Sibutramina.
Fonte: site reductil.com.br ou vivabemviveleve.com.br

Também no caso da obesidade, o discurso biomédico-farmacêutico estabelece uma polaridade etiológica, contrapondo causas orgânicas e psicológicas para o sintoma. Como no caso da disfunção erétil, a balança pende para as causas orgânicas:

Até há pouco tempo, os profissionais da medicina e as pessoas comuns acreditavam que a obesidade e o excesso de peso eram problemas psicológicos e não clínicos. Achava-se que o excesso de gordura no corpo ou era resultado da falta de controle na alimentação ou conseqüência de problemas emocionais, e ponto final. Hoje, as pesquisas lançam novas luzes sobre o problema. Na verdade, as causas do ganho de peso são mais complexas e envolvem diversos fatores como a genética, a fisiologia e o comportamento. Mas se os problemas psicológicos não são a causa do problema, freqüentemente são o resultado dele, e podem representar barreiras para uma bem sucedida administração de peso. Ao iniciar o tratamento com Xenical é importante que você saiba avaliar o quanto os fatores psicológicos vão ajudar ou prejudicar seus esforços para alcançar os objetivos desejados. Este folheto foi criado para ajudá-lo e orientá-lo nesta tarefa.
(fonte: folheto integrante do Programa de Apoio ao Tratamento com Xenical) (o grifo é meu)

Os problemas psicológicos são colocados na ponta das conseqüências, e não relacionados como uma possível causa da *doença*. Desta forma, com o

⁷⁸ O texto do anúncio é curto, sem maiores explicações, afirmando apenas que o Xenical é “o único medicamento que elimina 30% da gordura ingerida, melhorando a saúde global do paciente”.

⁷⁹ Sibutramina é o elemento ativo do Reductil; Orlistat é o elemento ativo do Xenical.

tratamento adequado dos problemas orgânico-fisiológicos, espaço de competência da biomedicina, questões de fundo psicológico tenderiam também a desaparecer.

2.3.3 Medicamentos para depressão

No site oficial da pílula Prozac⁸⁰, produzido pelo laboratório Eli Lilly, encontrei um discurso no mesmo tom da campanha informativa do laboratório Wyeth, que destaquei anteriormente. Muitas das informações, como sobre a percentagem de chance de recorrência da *doença*, se repetem, apresentando dados semelhantes. A diferença é que, ao acessar este site, tem-se acesso não somente a informações sobre a *doença*, mas também sobre um medicamento específico. O texto da página do Prozac na internet destaca o fato da depressão ser uma *doença* comum e diferencia o estado patológico de outros estados de desânimo não patologizados.

Depression is a common medical illness. More than 18 million Americans suffer from some type of depression, and one in eight people needs treatment for depression during his or her lifetime. Depression is not a character flaw. It is neither a "mood" nor a personal weakness that you can change at will or by "pulling yourself together".

Para ilustrar a idéia de que a depressão é uma *doença* comum, da qual qualquer pessoa pode ser acometida, e que por isso não deveria ser causa de nenhuma espécie de estigma, o texto do site traz os nomes de alguns personagens conhecidos que sofrem ou teriam sofrido de depressão:

Generals (George S. Patton), princesses (Diana Spencer), presidents (Calvin Coolidge, Richard Nixon), scientists (Primo Levi, Salvador Luria), prime ministers (Winston Churchill, Menachem Begin), athletes (Ty Cobb), and dancers (Vaslov Nijinsky) have suffered from depression. Abraham Lincoln, Theodore Roosevelt, Vincent Van Gogh, Mark Twain, Winston Churchill, Marilyn Monroe, Ernest Hemingway - the list goes on. In fact, anyone can develop clinical depression. No occupation, race, gender, or age is immune to this illness.

Se expoentes da cultura mundial podem desenvolver depressão, por que não eu ou você?, parece dizer o subtexto. A depressão é caracterizada como uma doença democrática e multicultural. Trata-se de uma estratégia comum ao discurso dos laboratórios e médicos mostrar ao paciente (ou ao possível doente) que ele não

⁸⁰ Neste site chega-se digitando o endereço www.prozac.com. Não encontrei uma versão brasileira do site, como nos casos do Viagra e do Xenical (além do Reductil).

é único, que se trata de uma *doença* comum, da qual sofrem milhares de pessoas. Incentiva-se a busca por tratamento, assim como a postura de assumir a *doença*.

Neste mesmo endereço na Internet, há uma conexão para a parte que divulga o Prozac Semanal, uma nova versão da mesma pílula, que passa a ser ingerida somente uma vez por semana, sendo indicada somente para pacientes já em tratamento com a versão anterior. Neste espaço, a “realidade” da *doença* depressão e a importância de encontrar o tratamento correto é mais uma vez sublinhado.

Depression is a real illness with real medical causes. As you probably know, with treatment, most depression is manageable. That's why finding the right treatment and most effective regimen is important. Prozac® Weekly™ (fluoxetine HCl) may be what you need to stay with your medication for as long as your doctor recommends. Ask your doctor about Prozac Weekly today.

Simply Live

If you've been treated for depression, you probably know what a difference the right treatment can make. Treating depression isn't only about getting better, it's about staying better. And Prozac® Weekly™ (fluoxetine HCl) may help. Now you can take it weekly!!!!

É recorrente um discurso de apologia ao medicamento. Ao mesmo tempo, a importância da relação entre o médico e seu paciente é ressaltada, até porque no caso dos antidepressivos o médico é um intermediário necessário na compra do medicamento. O texto comunica com pessoas que já foram tratadas de depressão, haja vista a indicação do remédio semanal somente para quem já fez uso da versão diária. O laboratório realça a importância da continuidade do tratamento e a necessidade de seguir a prescrição para não apenas atingir um estado de cura, mas manter-se nele.⁸¹

2.4 Os testes auto-aplicáveis e questionários

Apesar da venda de medicamentos sem apresentação de uma receita médica ser proibida em alguns casos, ou ao menos não indicada, em outros,⁸² o diagnóstico

⁸¹ Um dos usuários de antidepressivos que entrevistei relatou que o seu médico interrompeu o uso do remédio quando ele comentou que estava esquecendo freqüentemente de tomá-lo. O argumento do médico, segundo meu informante, era o de que se ele estava esquecendo, era porque “já estava bom”.

⁸² Nas farmácias brasileiras, atualmente (segundo semestre de 2001), não é obrigatória a apresentação de uma receita médica na compra de Viagra e Xenical. Segundo um farmacêutico com quem conversei, “é sempre bom ter a receita na primeira vez que compra. Em geral as pessoas têm porque foram no médico ver as contra-indicações, essas coisas

que leva ao uso de Viagra, Prozac, Xenical e medicamentos similares não começa necessariamente no consultório médico. A afirmação acima já se justificaria pelo fato de que estas pílulas são amplamente divulgadas pelos meios de comunicação, atingindo o público leigo seja através de reportagens de cunho jornalístico e entrevistas com médicos, seja através de esforço publicitário por parte dos laboratórios fabricantes. A maior parte das pessoas com quem conversei a respeito do tema da minha pesquisa, usuários ou não, em situações formais ou informais de campo, já tinha ouvido falar das pílulas, mesmo antes de suas consultas médicas, quando este foi o caso.

No próximo capítulo, falarei um pouco mais sobre esta questão do itinerário dos indivíduos até chegar ao uso da pílula. Pelo momento, vou concentrar-me em um tópico específico da comunicação dos laboratórios farmacêuticos com os possíveis consumidores finais, que pode passar ou não pela intermediação dos médicos. Durante a pesquisa de campo, percebi como uma regularidade o uso de testes auto-aplicáveis, ao qual o público leigo tem acesso via anúncios de revista ou consulta médica, no caso do Viagra, no site da pílula Prozac⁸³, e nos folhetos do PRAT- Programa de Apoio ao Tratamento com Xenical, desenvolvido pelo laboratório Roche. Estes testes definem, a partir do reconhecimento dos sintomas que caracterizam a *doença*, uma situação em que o indivíduo “pode estar com a função sexual insatisfatória”, ou pode estar apresentando um quadro de depressão ou obesidade. Dependendo das respostas ou da pontuação atingida, a pessoa

assim. Não é obrigatório”. Quando do lançamento destas pílulas no Brasil, a situação era diferente. No caso do Viagra, a receita era necessária. De qualquer forma, mesmo antes do lançamento da pílula no Brasil, a compra já podia ser feita sem grandes dificuldades e exigências através de *sites* sediados nos EUA, mediante uma espécie de consulta on-line que consistia no preenchimento de um cadastro, segundo um informante me relatou. Com a valorização do dólar em relação à moeda brasileira, este sistema de compra passou a não valer mais a pena financeiramente. Ele disse-me na oportunidade que passou a pedir as receitas de um médico que é cliente da sua empresa, proposta que foi aceita sem a exigência de uma consulta ou exames. Posteriormente, este mesmo usuário passou a tratar-se com um médico do desporto, alegando uma certa insatisfação com o seu corpo, estar se sentindo gordo e outras queixas. O usuário comentou sobre o uso de Viagra com este médico, que disse não haver problema nenhum, passando a aviar as receitas. O caso do Xenical vale também uma pequena observação. Encontrei em um folder do Programa de Apoio ao Tratamento com Xenical uma série de perguntas e respostas entre as quais a seguinte: “Se Xenical é tão seguro, por que só é possível adquiri-lo com receita? A obesidade é uma doença crônica que requer tratamento contínuo e prolongado. A obesidade e o excesso de peso podem estar associados a outros males como hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes. Por isso, a redução e o controle de peso devem ser feitos sob supervisão médica.”. É possível que o folder tenha sido impresso e divulgado antes da liberação para compra sem receita médica, mas fica no ar uma certa incoerência no que se refere à necessidade de acompanhamento médico do uso da pílula. Entre os usuários com quem conversei, todos tinham procurado um médico antes de fazer uso desta ou outras pílulas visando tratamento para redução de gordura ou emagrecimento. Quanto à pílula Prozac, a compra só pode ser feita mediante apresentação de receita médica.

⁸³ www.prozac.com

testada vê-se enquadrada em um quadro patológico; neste caso, invariavelmente, os testes são concluídos com uma indicação para que o indivíduo procure um médico. Este modelo é regular para o caso das três pílulas, o que não significa que cada caso não tenha suas especificidades.

2.4.1 Índice Internacional de Função Erétil

Alguns dos anúncios que fazem parte da campanha publicitária veiculada pelo laboratório Pfizer em revistas nacionais como *Veja*, *Época* e *Isto É* traziam um pequeno questionário com cinco perguntas, havendo cinco respostas possíveis para cada pergunta⁸⁴. Trata-se de uma versão resumida de um teste chamado IIFE- Índice Internacional de Função Erétil que, em sua versão completa, é composto por quinze questões. Segundo o laboratório Pfizer, o IIFE é

*uma forma de determinação rápida, confiável, multidimensional e auto-aplicável para a avaliação clínica da DE (Disfunção Erétil) e dos controles de tratamento. (...) O IIFE de 15 questões e o IIFE-5 (com 5 questões) são complementos valiosos para o diagnóstico e avaliação da disfunção erétil.*⁸⁵

O teste é apresentado como um método adequado tanto na fase de diagnóstico como na de acompanhamento do tratamento, monitorando de forma continuada a eficácia da pílula. Na versão completa, com 15 perguntas, que encontrei no livreto sobre o IIFE que acompanha a monografia do Viagra – material produzido para os médicos –, toda pergunta deve ser precedida pela frase “nas últimas quatro semanas”, o que mostra (em tese) um acompanhamento constante dos efeitos da pílula. Na versão veiculada nos anúncios de revista, cujo público alvo seriam homens que “*podem estar com a função sexual insatisfatória*”, mas ainda não procuraram um médico em busca de diagnóstico e/ou tratamento, as perguntas são precedidas pela expressão “*nos últimos seis meses*”.

Este teste auto-administrado já foi traduzido para mais de 31 dialetos ou idiomas, tendo sido testado nestes casos “*em relação à compreensão e ambigüidade*”

⁸⁴ Ver figura 1.

⁸⁵ fonte: “Disfunção Erétil”, livreto técnico produzido pelo laboratório Pfizer, enviado a médicos na mesma embalagem onde vai a monografia do Viagra. Este material é uma peça de comunicação entre o laboratório farmacêutico fabricante e médicos, e foi através de destes últimos que tive acesso à leitura. O livreto traz ainda informações como a definição da ‘doença’, sua prevalência, fatores de risco, ‘mecanismo bioquímico da ereção peniana’ e ‘detalhes sobre a fisiopatologia da disfunção erétil’.

cultural e lingüística".⁸⁶ O teste se propõe a medir as cinco categorias mais relevantes da "função sexual masculina", que foram "identificadas em várias culturas de diferentes países"⁸⁷: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação com a relação sexual e satisfação global. Findo o teste (IIFE-5) publicado em grandes revistas de circulação nacional, seguiam os dizeres "*agora some os valores de todas as respostas. Se a pontuação for menor ou igual a 21, você pode estar com a função sexual insatisfatória. Nesse caso, procure um médico. Ele irá indicar a melhor solução para recuperar sua função sexual*".

⁸⁶ O teste, segundo informações contidas no folheto "Disfunção Erétil", foi validado em inglês (EUA, Reino Unido, Austrália, Filipinas, Malásia, Singapura), francês, alemão, holandês, espanhol (Espanha e México), italiano, finlandês, sueco, norueguês, dinamarquês, português (Brasil), chinês (China, Tailândia e Hong Kong), coreano, tailandês, indonésio, árabe (Egito, Marrocos, Arábia Saudita), hindu, africano, tcheco, polonês e húngaro.

⁸⁷ Fonte: Monografia do Produto, folheto integrante de material de divulgação do Viagra, p. 14.

Teste sua Função Erétil

Cada pergunta possui várias alternativas. Clique o número da resposta que melhor descreve sua situação e, em seguida, some seus pontos e veja o resultado no final da pesquisa.

Nos últimos 6 meses

1. Como você classificaria sua confiança em conseguir e manter uma ereção?

Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

2. Quando você teve ereções após estímulo sexual, com que frequência nos últimos 6 meses, suas ereções foram rígidas o suficiente para a penetração (você penetrou sua companheira)?

Nenhuma atividade sexual	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes(muito menos da metade das vezes)	Algumas vezes(cerca de metade das vezes)	Na maioria das vezes(mais da metade das vezes)	Sempre ou quase sempre
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

3. Durante a relação sexual, com que frequência nos últimos 6 meses, você foi capaz de manter a ereção após ter penetrado sua companheira?

Não tentei ter relações	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes(muito menos da metade das vezes)	Algumas vezes(cerca de metade das vezes)	Na maioria das vezes(mais da metade das vezes)	Sempre ou quase sempre
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

4. Nos últimos 6 meses, durante a relação sexual, qual foi seu grau de dificuldade para manter a ereção e completar a relação sexual?

Não tentei ter relações	Extremamente difícil	Muito difícil	Difícil	Pouco difícil	Não foi difícil
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

5. Quando você tentou ter uma relação sexual, com que frequência nos últimos 6 meses, ela foi satisfatória para você?

Não tentei ter relações	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes(muito menos da metade das vezes)	Algumas vezes(cerca de metade das vezes)	Na maioria das vezes(mais da metade das vezes)	Sempre ou quase sempre
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Se a sua pontuação for menor ou igual a 21, você pode estar apresentando sinais de Dificuldade de Ereção.

Converse com seu médico sobre isso.

Figura 1 – IIFE de 5 questões equivalente ao publicado na Revista VEJA (retirado do site www.dificuldadesdeerecao.com.br mantido pelo laboratório Pfizer, fabricante da pílula Viagra).

Se, por um lado, o teste possibilita ao indivíduo uma espécie de diagnóstico mesmo sem a presença de um médico, por outro não deixa de sublinhar que é da competência do médico a definição do tratamento que pode levar à cura do sintoma. No contexto de uma entrevista realizada com um urologista, após ter criticado a ampla divulgação dos medicamentos para o público leigo, caracterizado como “*um bombardeio da mídia*”, ele disse-me que

a metade (dos pacientes) vem aqui especificamente para resolver o problema de sexualidade. Uma parcela de 40% vem aqui já para pedir o remédio. Os homens, de uma maneira geral, já vem aqui condicionados a tomar Viagra. (Mário, urologista)

Ora, uma hipótese possível é a de que este condicionamento pode estar ligado não apenas a uma espécie de *desejo leigo* pelo medicamento, mas a um pré-diagnóstico divulgado e incentivado pelo laboratório fabricante. Esta pode ser uma das razões pela qual todos os anúncios são concluídos com uma indicação para que o indivíduo procure um médico.

2.4.2 Zung Assessment Test (depressão)

Uma estrutura de teste auto-aplicável semelhante à descrita acima foi encontrada no site oficial da pílula Prozac (www.prozac.com), mantido pelo Laboratório Eli Lilly and Company. O acesso ao teste é livre para qualquer pessoa que possa conectar-se à Internet, sem necessidade de preenchimento de cadastros ou qualquer espécie de identificação. A única condição imposta é que o indivíduo concorde com os termos expressos no site, que eximem o laboratório de qualquer responsabilidade em relação às “*decisões ou ações tomadas com base em informações contidas neste site*”.⁸⁸ Uma diferença entre este e o caso acima (IIFE) é

⁸⁸ Segue o texto na íntegra: ‘Disclaimer and waiver of liability’: Eli Lilly and Company shall have no liability for claims by, or damages of any kind whatsoever to, a user of this website (or any other person) for any decisions or actions taken based on information contained on the website. Such damages include, without limitation, damages for personal injuries, emotional distress, mental anguish and other non-pecuniary loss, as well as direct, indirect, special, incidental or consequential damages. Eli Lilly and Company hereby disclaims all warranties, express or implied. By using this website, you agree to the provisions of this disclaimer, and you waive any and all claims of any type against Eli Lilly and Company that may arise in connection of your use of this website, or the information contained in it. The depression screening tool that you are about to use is not designed to respond to immediate, critical situations such as thoughts of suicide. If you are thinking about suicide or you feel that you may try to harm yourself or others, dial "911" now or go immediately to the nearest hospital Emergency Room

Warning – Important information: The diagnosis and treatment of depression and other psychiatric disorders can be performed only by a doctor or qualified mental health professional. The information on this website, especially the depression screening tool, is intended for

que aqui o usuário chega ao teste já tendo passado pelo nome do medicamento, e não apenas tendo informações sobre a doença, visto ser o site do Prozac.

Segundo dados desta fonte, um em cada oito habitantes dos EUA, o que corresponde a 12.5% da população, sofre de depressão. Mas, para este grande contingente de pessoas

There is good news! Depression can be treated and managed successfully. Even people with severe depression can lead productive lives, but many people don't know enough about depression to recognize the symptoms, or they don't realize that is treatable. The information on this Web site is intended to answer your questions regarding depression and ensure that you have the facts that matter.⁸⁹

informational purposes only. The screening tool on this website is intended only for the purpose of identifying some symptoms of depression disorders, and is not designed to provide a diagnosis or treatment. Neither the screening tool, nor any other information on this website, is a substitute for diagnosis or treatment for depression or other psychiatric illnesses by a doctor or qualified mental health professional. If you have questions or concerns about depression or other psychiatric disorders, or your own health, you should consult your doctor or a qualified mental health professional. Additionally, the screening tool on this website is not appropriate for, and should not be completed by, persons under 18 years of age. Persons under the age 18 who think that they may be depressed or suffering from any psychiatric disorder or illness are urged to talk with their parents or guardian about seeking evaluation from a doctor or qualified mental health professional.

⁸⁹ As partes sublinhadas correspondem às partes marcada em hiper-texto no site.

Zung Assessment Tool

Read each sentence carefully. For each statement, select the response that best corresponds to how often you have felt that way in the last 2 weeks. If you are on a diet, answer statements 5 and 7 as if you were not.

No.	Statement	Not often	Some times	More often	All the time
1	I feel downhearted, blue and sad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Morning is when I feel the best	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	I have crying spells or feel like it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	I have trouble sleeping through the night	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	I eat as much as I used to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	I enjoy looking at, talking to, and being with attractive men/women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	I notice that I am losing weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	I have trouble with constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	My heart beats faster than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	I get tired for no reason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	My mind is as clear as it used to be	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	I find it easy to do the things I used to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	I am restless and can't keep still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	I feel hopeful about the future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	I am more irritable than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	I find it easy to make decisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	I feel that I am useful and needed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	My life is pretty full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	I feel that others would be better off if I were dead	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	I still enjoy the things I used to do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 2 - Zung Assessment Tool. Fonte: site www.prozac.com

A parte “conheça os sintomas” leva o navegador para a área do site que dá acesso ao Zung Depression Self-Assessment Test (ver figura), “*a widely used depression screening tool that is recognized by physicians worldwide*”. Como no caso do teste relacionado à Disfunção Erétil, o resultado do Zung Depression Self-Assessment Test estabelece uma fronteira entre um estado considerado normal e outro considerado patológico, a partir do resultado obtido. Em vários momentos, o laboratório sublinha que este teste é apenas um coadjuvante que não pode substituir a necessária relação entre médico e paciente; sendo assim,

in no way should be used as a substitute for the clinical expertise of a trained health-care provider. This tool is best used in conjunction with the active participation of your doctor. Showing your doctor a printout of your Zung Depression Self-Assessment score over time may help him or her make better and more informed decisions about your treatment.

O discurso envolvido no teste estimula o paciente a mostrar o resultado para um médico; utilizado desta forma, o teste pode funcionar como um elemento de negociação do diagnóstico. O texto pode ser lido como uma forma sutil de enviar a pessoa ao médico, o que constitui meio caminho para o consumo do medicamento. Lembremo-nos que, no caso do Prozac e outros antidepressivos, é proibida a venda sem prescrição médica, diferentemente das pílulas Viagra e Xenical. De qualquer forma, um diagnóstico pré-consulta médica tem início com o resultado do teste. A possibilidade de que o indivíduo esteja com a *doença* depressão fica em aberto mesmo se o resultado do teste não entra no nível considerado patológico:

If your score is 50 or higher, consider printing the results of your test to show it to your doctor. Ask him or her to evaluate you for depression.

Please Note: *Only a health care professional can actually diagnose clinical depression. Even if you did not score 50 points or higher, and if you suspect you are depressed or suffering from a mental illness, you may still want to consider printing the results of your test and showing it to your doctor or qualified mental health care professional. Despite lower scores on this questionnaire, it is possible that you are depressed or suffering from another mental illness and you may benefit from a treatment program.*

Esta postura isenta o laboratório e o teste de maiores responsabilidades em relação ao pré-diagnóstico, e abre mais espaço para a relação médico-paciente. Quanto ao indivíduo, creio que a atitude de fazer o teste por si só já faz com que a pessoa esteja “capturada” pelo discurso biomédico da patologia, independentemente do resultado.

O resultado do teste abre um espaço de negociação do diagnóstico, cujos atores são o laboratório farmacêutico que divulga o teste, o indivíduo que toma a atitude de testar-se – por conta própria ou durante uma consulta – e o médico que tem acesso às respostas do seu paciente. Independentemente do resultado, a possibilidade da doença, seja a depressão ou outra “doença mental”, continua no ar.

2.4.3 Índice de Massa Corporal (obesidade)

No que diz respeito ao estabelecimento de quadros de obesidade, vários testes aparecem entre o material etnográfico recolhido. Encontrei o primeiro deles em um folheto que estava disponível para leitura na sala de espera de uma médica a qual visitei. Esta peça, com a chamada “*Excesso de peso também pode ser medido em centímetros. Confira sua circunferência abdominal.*”, vinha envolvida por uma fita métrica de papel, com marcas que delimitam o ponto a partir do qual homens e mulheres, diferenciadamente, estariam apresentando excesso de gordura abdominal.⁹⁰ A partir deste ponto, a fita métrica apresenta coloração vermelha e lê-se: “*Cuidado. Excesso de gordura abdominal. Converse com o seu médico.*”. Mais uma vez, aponto para a regularidade entre os testes, no sentido em que todos oferecem uma espécie de pré-diagnóstico leigo, para logo depois sublinharem a posição central que o médico ocupa na construção de um diagnóstico profissional. Na primeira página, um texto justifica o porquê do teste com a fita métrica:

Você sabe que o excesso de peso é um sério problema para a saúde e está relacionado, principalmente, ao consumo exagerado de gordura. Todo esse excesso de gordura é preferencialmente depositado no abdômen, criando a tão famosa quanto indesejada ‘barriga’. Esse tipo de gordura, chamada abdominal, pode ser responsável pelo aparecimento de doenças graves como o diabetes, a hipertensão a aterosclerose, derrames e até infartos. Assim, mesmo quem tem peso somente um pouco acima do normal também corre esses riscos, caso tenha a ‘barriguinha’ aumentada. Hoje, uma das práticas formas de saber se estamos ou não correndo esses riscos é utilizando uma simples fita métrica. Porque a circunferência da cintura é uma medida extremamente importante para se avaliar a quantidade de gordura depositada no abdômen e, conseqüentemente, os altos riscos para a saúde que ela traz.

(o grifo é meu)

Basicamente, esta peça contém dicas para diminuir o consumo de gordura, evitando certos alimentos e formas de preparo e indicando outros. Trata-se de um folheto do laboratório Roche, fabricante do Xenical, mas o nome do medicamento não é citado em nenhum momento. Isto parece confirmar a tendência, já observada

acima nos anúncios do laboratório Pfizer (fabricante do Viagra), de não citar o nome do remédio quando a publicidade é voltada para o público leigo não usuário; nestes casos, concentra-se no sintoma ou na *doença*, disfunção erétil naquele caso, obesidade neste. Na última página, há uma indicação para que se acesse o site www.obesidade.com.br, para maiores informações.

Outro teste utilizado, desta vez com uma maior exatidão do que permitiria uma fita métrica de papel, é o cálculo do IMC – Índice de Massa Corporal. Mais uma vez, um limite numérico marca o limite entre um peso considerado normal e outro identificado a um estado patológico. Encontrei este teste tanto em um folheto de divulgação do programa “*Viva bem, Viva leve*”, mantido pelo laboratório Knoll, fabricante do Reductil, quanto em um folheto de divulgação do PRAT (Roche). Segundo o folheto do Knoll, trata-se de “*uma das técnicas de avaliação mais usadas pelos médicos (para indicar) quando devemos nos preocupar com o peso*”. A partir de um cálculo matemático envolvendo o peso e a altura do indivíduo, chega-se a um resultado; o teste diferencia as categorias “*baixo peso, normal, sobrepeso e obeso*”. A conclusão do teste segue um modelo semelhante ao IIFE e ao Zung Assessment Test:

Se no seu caso, o índice ficou acima de 25, está na hora de procurar ajuda. Uma ajuda muito especial do Programa Viva Bem Viva Leve... E para participar, você precisa ser indicado por um médico.
(o grifo está no folheto)

Chamou minha atenção o fato de não haver nenhuma referência a uma possível “doença contrária”, ou seja, o peso abaixo do considerado normal. A marca de patologia neste material aponto somente para o excesso de peso.

⁹⁰ A faixa de risco para mulheres está na marca de 80cm, e para homens 94cm.

Obesidade

Menos gordura, mais saúde

Calcule o seu IMC

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é aceito hoje como padrão de medida internacional para identificar, da melhor maneira possível, o grau de obesidade de uma pessoa. Sua forma de cálculo é a divisão do peso (em kg) da pessoa por sua altura elevada ao quadrado (em m²).

Categoria	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obeso leve	30,0 - 34,9
Obeso moderado	35,0 - 39,9
Obeso mórbido	40,0 e acima

Digite seu peso (em kg):

Digite sua altura (em cm):

Seu IMC é de:

Peso Saudável equivale
ao peso Normal.

Peso = 60 Kg
Altura = 176 cm

$$\text{Formula: } \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2} = \frac{60}{1.76 \times 1.76} = 19$$

No exemplo acima o resultado do meu teste.

Figura 3 - teste de IMC (Índice de Massa Corporal) Retirado do site www.obesidade.com.br.

Com este teste em mãos, o indivíduo, como em casos já analisados nos tópicos anteriores, pode fazer uma espécie de pré-diagnóstico, segundo os critérios da biomedicina. Mas a importância da relação com o médico e do acompanhamento profissional fica marcada pela necessidade de mediação para a entrada no Programa.

Sobre o IMC, encontrei um dado curioso no jornal do “*Programa Viva Bem Viva Leve*”. Trata-se de uma reportagem que apresenta um novo método de cálculo da gordura corporal, com o nome de RIP- Recíproco do Índice Ponderal. Segundo o professor que propõe esta nova fórmula (altura em centímetros dividido pela raiz cúbica do peso em quilos), “*o RIP tem uma forma menos genérica e mais sólida de medir o peso ideal, além de permitir comparar o peso entre pais e filhos e ver quem mais o influenciou geneticamente*”. A curiosidade vem da forma como a reportagem é introduzida. O texto ressalta que, segundo os critérios da OMS – Organização Mundial da Saúde –, Sylvester Stallone é considerado um homem gordo; pelo teste de IMC, o mesmo valeria para o boxeador Mike Tyson; ainda, Cindy Crawford e Claudia Schiffer, modelos conhecidas internacionalmente, seriam consideradas subnutridas. Estas observações são concluídas com o texto “*você deve estar achando que isso é uma loucura. Como essas pessoas que ditam o padrão de*

beleza internacional, não tem um peso 'ideal'?". Ora, o teste de IMC passa a ser contestado, segundo o argumento desta reportagem, quando seus resultados já não correspondem ao padrão de beleza ditado pela cultura ocidental, na qual o belo dificilmente pode ser considerado excessivamente gordo ou subnutrido; o padrão de beleza deve estar dentro de uma faixa considerada de certo equilíbrio. Não estaria aqui demonstrada a "face cultural" de um teste que se propõe a estabelecer critérios para uma 'doença' naturalizada?

Além destes, um grande número de testes em relação à obesidade foi encontrado como parte integrante do Programa de Apoio ao Tratamento com Xenical (PRAT), desenvolvido pelo Roche. Trata-se de um Programa ao qual qualquer pessoa pode associar-se, a partir do momento em que esteja consumindo Xenical e tenha sido indicada por um médico. Uma vez cadastrada, a pessoa passa a receber em seu endereço uma grande quantidade de material gráfico com dicas sobre reeducação alimentar e mudança de *estilo de vida*, visando uma diminuição no consumo de gorduras, mudança de hábitos cotidianos relacionados à saúde e à alimentação, o que fazer quando for comer fora de casa, a importância dos exercícios físicos, envolvimento da família na reeducação alimentar, como agir se estiver morando sozinho, etc. Em um destes folhetos, um teste relaciona uma série de frases afirmativas, as quais o usuário deve negar ou confirmar. As frases cobrem de hábitos cotidianos em relação à comida a sensações subjetivas, passando por outras a partir das quais um médico poderia dissertar sobre o estatuto patológico da obesidade e sua conexão com outros estados patológicos.

2.5 Uma breve conclusão parcial

Neste capítulo, tentei mostrar as características centrais do discurso biomédico oficial sobre as *doenças* depressão, obesidade e disfunção erétil, assim como do discurso sobre os remédios usados para o seu tratamento. No início, considerei necessário fazer um breve preâmbulo teórico, justificando a utilização da categoria *doença*, grafada sempre em itálico quando corresponde a uma categoria tirada do discurso nativo. Esta *doença*, como já foi dito anteriormente, não deve ser confundida com as categorias analíticas *disease* ou *illness* (que podem ser traduzidas como enfermidade e doença).

Uma distinção foi estabelecida entre o material voltado para o público leigo não-usuário e o material voltado para os médicos e seus pacientes; enquanto o primeiro tem como foco central a divulgação das *doenças* e suas características principais, o segundo concentra-se na divulgação de remédios específicos; enquanto o

primeiro ganha contornos de um material informativo, o segundo é mais claramente publicitário, em seu objetivo de divulgação de um produto em especial. Tentei mostrar ainda que em ambos os casos, mas especialmente no material voltado para divulgação da *doença*, os testes auto-aplicáveis ocupam um espaço importante, oferecendo a possibilidade de um pré-diagnóstico leigo. O discurso biomédico sobre estes testes, ao que me parece, cumprem uma função tensa: por um lado, eles pretendem estabelecer uma fronteira entre estados patológicos e estados saudáveis; por outro, eles parecem reduzir ou eliminar as fronteiras entre saúde e doença, ao patologizar quase que qualquer experiência em relação ao sintoma.

Apesar de constituir um capítulo muito mais etnográfico do que analítico, visto ser impossível realizar uma análise completa de um campo tão abrangente, tentei estabelecer distinções e comparações na divisão dos tópicos que já mostrasse as especificidades dos diferentes espaços discursivos em questão. O pressuposto aqui é o de que fenômenos médicos são fenômenos sociais, e como tais são carregados de sentido e passíveis de análise antropológica. Ao antropólogo cabe a tarefa de compreender tal sentido e traduzi-lo para um outro campo de saber. Nunca é demais salientar que uma oposição dura entre uma análise cultural de qualquer fenômeno médico e uma análise exclusivamente bio-fisiológica apenas empobrece o diálogo inter-disciplinar. Se aqui me concentrei no primeiro ponto, é por pura incompetência no que se refere ao segundo. A discussão continua em aberto aguardando possíveis continuidades para o debate com a área biomédica.

CAPÍTULO 3

Não-remédios para não-curar não-doenças: o discurso dos usuários

*Saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social,
e não apenas a ausência de enfermidade.*
(conceito formulado pela OMS - Organização Mundial de
Saúde em 1948, ano de sua fundação)

No capítulo anterior, mostrei em que termos o campo biomédico oficial – tendo como agentes os laboratórios farmacêuticos e os médicos – se expressa no que se refere à cultura que cerca o consumo das “remédios do estilo de vida”. *Grosso modo*, trata-se de um discurso concentrado na *doença* e no *medicamento*, que remete a um processo de medicalização do indivíduo. Mas, como vimos, não se trata de um discurso homogêneo; o próprio termo que dá nome à *doença*, além do sentido atribuído a ela, pode variar segundo o espaço discursivo utilizado e o público-alvo daquela comunicação. É possível afirmar que, mesmo se limitando a uma análise do discurso biomédico oficial, já existe aqui uma negociação do sentido da *doença*. Apesar disto, a constante reafirmação do estatuto patológico do estado físico em questão se mostra como uma regularidade nesse discurso.

Neste capítulo, apresentarei, também de forma bastante etnográfica, minha interpretação do discurso dos usuários das pílulas. Penso que uma característica central aqui é a negação ou a relativização de certas categorias naturalizadas dentro do discurso de médicos e laboratórios farmacêuticos, tais como *doença*, *medicamento* e *cura*. Trata-se, em linhas gerais, de uma forma não-patologizada de definir o sintoma e o seu itinerário terapêutico; mas não se trata de uma forma unívoca de representação, no sentido em que aparecem algumas peculiaridades entre as diferentes experiências de desconforto e mesmo entre as diferentes experiências individuais de cada usuário. Também no discurso dos usuários percebe-se uma negociação do sentido da experiência de cada sujeito.

Como exceção a esta negação de categorias da biomedicina, eu destacaria aquelas situações nas quais os usuários passaram pelos estágios considerados mais agudos da *doença*, na classificação apresentada pela biomedicina. Por exemplo, uma entrevistada que, segundo ela mesma, chegou ao nível de “obesidade mórbida” tende a identificar seu mal como uma *doença*. No caso especial dos usuários de antidepressivos que entrevistei, como veremos, há uma tendência mais forte a incluir o termo *doença* no seu discurso, mas sempre colocando-o em perspectiva, em um horizonte que inclui outras categorias.

Não se configura, necessariamente, nem um discurso de *illness*⁹¹, já que a interpretação nativa não aponta para uma leitura patologizada dos sintomas, nem de *doença*, categoria nativa do campo biomédico que vem sendo utilizada desde o capítulo anterior. É importante, no entanto, salientar mais uma vez que a influência destes discursos entre si – médicos, laboratórios farmacêuticos e usuários – é grande. A

separação em campos opostos tem aqui um valor analítico, sendo esta distinção útil para os objetivos desta pesquisa; mas estes agentes e seus discursos estão em constante negociação e diálogo.

Encontrei entre os usuários uma tendência a aceitar e até procurar a medicalização do sintoma, mas negando ou problematizando muitas vezes não apenas o estatuto patológico do seu estado físico, como o próprio estatuto de medicamento para as pílulas que estão consumindo. Enquanto as diversas vozes do campo biomédico oficial tendem a valorizar em seu discurso a questão da *doença* e do *medicamento*, os usuários apresentam um discurso centrado em si, em sua experiência pessoal, conferindo à pílula um papel de coadjuvante, apesar dos elogios feitos em muitos momentos à competência do agente químico. Desta forma, uma pergunta como “por que tu procuraste o Prozac?” pode ser respondida fazendo uso de justificativas que incluem temas ou momentos considerados centrais na história de vida do entrevistado, como na resposta a seguir:

Eu sempre fui uma pessoa muito ansiosa, tive uma infância muito difícil e fiquei meio sem estrutura de base, aquela estrutura da infância de família e tal; então, de tanto em tanto, eu vou fazer terapia, quando eu vejo que eu não estou dando conta, eu vou fazer terapia. Fiz psicanálise, mas tentei outros métodos também...

(Joana, 55 anos, usuária de antidepressivos e pílulas p/ controle da obesidade)

Na continuação da entrevista, Joana vai fazer referência a outros episódios posteriores que teriam funcionado como gatilhos para suas fases depressivas, como o estresse com o excesso de trabalho, uma separação conjugal, um episódio de doença na família que a levou a se endividar, e também a tentativa de largar o cigarro. As causas são várias, assim como os tratamentos procurados; a entrevistada relatou ter passado por psiquiatras, psicanalistas e ter feito *gestalt*, mostrando a variedade de opções para quem navega por uma cultura que já foi nomeada “psicanalítica”⁹². As várias marcas de antidepressivos que ela afirma ter consumido são parte importante de um tratamento; mas a referência a tratamentos feitos somente com o uso de antidepressivos recebe um sinal negativo no seu discurso, sendo chamados de “ambulatoriais”. Segundo ela, os seus diferentes períodos de consumo de antidepressivos foram sempre acompanhados por terapias.

⁹¹ No sentido em que o discurso dos usuários não está centrado na definição, mesmo que seja cultural ou simbólica, de um estado de doença. Retomando brevemente, lembremos que a idéia de *illness* está ligada às representações nativas da idéia de desconforto, mal ou doença.

⁹² Cf. Figueira, 1998. A idéia de uma ‘cultura psi’ vai além da existência de um grande número de terapias ligadas a este campo; ela diz respeito também à absorção, por parte dos indivíduos, de uma espécie de *ethos* psicologizado.

Em outro exemplo desta centralidade em um discurso de si, um usuário de Viagra inicia um relato de sua história sexual, respondendo à pergunta “Me fala sobre a experiência com o Viagra, como é que foi, tu foste ao médico?”:

Olha, eu sou um cara que... vamos falar de sexo. Eu comecei a descobrir com 18 anos, 16 anos (agora ele conta com 35 anos) o que era uma mulher, a primeira vez, aí me apaixonei, gostei muito de fazer, porque a primeira vez foi ótima. Aos 21 tive uma namorada de 33, foi ela quem me ensinou a ser homem para uma mulher, aí eu me especializei.

(Renato, usuário de Viagra)

Sem que fosse esta a minha intenção naquele momento das entrevistas, um pouco da história de vida dos informantes emergia nos discursos. A pílula ficaria para mais tarde.⁹³

Se, por um lado, muitos entrevistados tendiam a concentrar-se em um discurso de si, mais do que em um relato centrado na experiência com a pílula, por outro a pílula aparece como já conhecida antes do contato com os médicos. A maior parte das pessoas com quem conversei já conhecia⁹⁴ ou já consumia as pílulas antes de realizar as suas consultas com médicos, devido ao grande número de reportagens sobre estes produtos em veículos de comunicação não-especializados, como se percebe nas falas destacadas a seguir:

O Prozac era o remédio da época, era o remédio da moda, era o remédio da alegria, o remédio que iria resolver todos os problemas. Eu sempre tive muita dificuldade em tomar este tipo de remédio, mas eu tive uma vez um terapeuta que argumentava o seguinte: “se você tá tomando o remédio, sob orientação médica, porque está precisando, se você tem confiança no médico, não há razão para ser mais infeliz do que já está sendo naquele momento”.⁹⁵ Então eu tomei o Prozac sem problema nenhum, entendeu? E foi muito bom, foi muito bom.

Joana, usuária de antidepressivos e remédios ligados à obesidade

⁹³ No próximo capítulo, retomarei esta discussão sobre as tensões entre um discurso centrado no efeito do medicamento e um outro que prioriza um discurso sobre si.

⁹⁴ A exceção fica por conta de um usuário de Viagra que afirmou (no ano de 2001) já ter contato com a pílula há seis anos. Lembremos que a pílula começou a ser comercializada no Brasil em 1998, sob a exigência de receita médica. Ele disse que um amigo lhe trouxe a pílula voltando de uma viagem aos EUA, num período anterior ao início da divulgação do Viagra na mídia brasileira.

⁹⁵ Esta linha de argumentação utilizada para, de certa forma, ‘justificar’ o uso da pílula aparece em outros momentos. Tanto os médicos quanto os usuários fazem uso de um argumento que poderia ser resumido como “se a pílula existe, por que não usar?”.

Já tinha ouvido falar, porque teve uma época em que virou uma moda mesmo. Prozac era comentado em verso e prosa, ‘pílula da alegria’ ‘da felicidade’ usavam até um termo. E teve o caso da minha companheira atual [que, segundo ele, apresenta um quadro mais grave de depressão], ela passou a tomar o Zoloft. Então eu já conhecia, né?

Fernando, usuário de antidepressivos

Então eu fui nele [no médico endocrinologista], depois de muito tempo, e ele disse “Jorge, agora nós estamos trabalhando com Xenical, tu conheces?”. Conheço no sentido de ver as propagandas, ter ouvido falar dele, propaganda em revistas, reportagens na Veja, não conhecia ‘o’ remédio. E daí a gente começou a fazer com Xenical. Eu não conhecia no sentido de usá-lo, mas conhecia os sintomas, as coisas, tudo o que ele fazia, como ele agia.

Jorge, atualmente ex-usuário de pílulas para controle da obesidade

Eu já tive preocupações neste sentido, antes mesmo de existir o Viagra. Porque eu tinha vontade de que minha ereção se prolongasse durante mais tempo. Mas eu não buscava, eu queria mas não ia atrás. Quando o Viagra apareceu, tudo aquilo que eu li na imprensa, meu parceiro, que tem problemas de ereção maiores que os meus, demonstrou muito interesse.

Rodolfo, usuário de Viagra

Os trechos mostram como as reportagens nos meios de comunicação podem tornar-se uma forma altamente eficaz de difusão das pílulas, em conjunto com a divulgação da *doença* feita pelos laboratórios farmacêuticos. É importante relativizar o caráter puramente informativo destas reportagens, que acabam por funcionar como um veículo publicitário bastante efetivo.

A partir desta relação peculiar dos entrevistados com os produtos farmacêuticos, tendo em vista a sua superexposição nos meios de comunicação, considere-se importante tecer algumas observações sobre o itinerário terapêutico dos usuários. Além de abrir espaço para informações que eu considero interessantes dentro desta etnografia, a saber, como e por que os indivíduos chegam a consumir estas pílulas, uma discussão sobre itinerário nos ajuda a pensar com quais outros campos da cultura o consumo das “pílulas do estilo de vida” está conectada.

3.1 Pílulas pelo caminho: observações sobre o itinerário terapêutico

A literatura antropológica que aborda o tema da saúde no Brasil aponta como uma de suas características singulares uma certa fluidez terapêutica. Entre uma experiência de desconforto, o tratamento e a cura, os usuários de produtos e serviços de saúde tendem a fazer uso de técnicas que podem parecer conflitantes a um primeiro olhar.

Diferentes trabalhos abordaram esta questão entre diferentes classes ou grupos sociais. Queiroz (1993), por exemplo, percebe uma grande mobilidade entre diversos campos quando o assunto é estratégias de consumo de saúde entre classes trabalhadoras. Ele afirma que, entre estas,

O comprometimento é parcial e limitado pela concorrência com outras alternativas. Neste esquema, o médico é apenas mais uma peça num tabuleiro complexo que, em última instância, é manipulado pela população.⁹⁶

O trabalho de Maluf (1996) aponta que uma pluralidade terapêutica é característica também no itinerário dos indivíduos nas classes médias urbanas. Apesar de práticas ligadas à biomedicina serem proeminentes entre as classes médias urbanas, a autora percebeu existir também neste espaço um sistema informal de doença e cura, que inclui ainda o desenvolvimento de uma “cultura psicanalítica” e o uso de um conjunto heterogêneo de práticas às quais ela chama “medicinas doces”⁹⁷, que estariam ligadas a um *ethos* ecologista. Algumas das características desta cultura médica diversificada no Brasil seriam, segundo ela, os fenômenos freqüentes de auto-medicação, a circulação de conhecimentos terapêuticos populares incorporados ao discurso culto, a popularização do consumo de certos medicamentos (como tranqüilizantes e antidepressivos) e a ampla difusão de uma linguagem médico-terapêutica entre a população não-especializada. Alguns destes pontos são visíveis também dentro da cultura na qual pesquisei, como os fenômenos de auto-medicação e, principalmente, a popularização de certas linhas de medicamentos.

Entre as pessoas que entrevistei, este ecletismo terapêutico se manifestou em diferentes pontos. Um deles diz respeito à fidelidade do usuário à pílula utilizada, ou melhor, à falta de fidelidade, na maioria dos casos. Diversos fatores foram apontados como justificativas para uma mudança de medicamento pela qual os usuários já tenham passado, ou justificando uma possível mudança em um momento futuro: o diferente grau de eficácia das pílulas, o seu preço, os efeitos colaterais, conflitos entre as exigências do tratamento e os hábitos cotidianos do usuário, além do lançamento de produtos “de nova geração”.

Um usuário de Viagra comenta sobre a possibilidade de trocar de pílula, utilizando algumas das justificativas acima:

⁹⁶ Ver também o trabalho de Staiano (1981) sobre a concorrência entre sistemas terapêuticos alternativos em Belize, e a relação destes com a biomedicina.

⁹⁷ Maluf (1996) cita como exemplos a homeopatia e a prática de uma alimentação vegetariana ou macrobiótica.

Eu faço uso esporádico, não é sempre. Continuo satisfeito. Todas as vezes que usei sempre foi satisfatório. Inclusive estou querendo experimentar esta outra que tá pra surgir aí, o Uprima, que vai estar chegando em outubro nas farmácias. Diz que não tem tantos efeitos colaterais quanto o Viagra, né? Eu li que ele faz efeito mais rápido e tem menos efeitos colaterais. Afinal, uma hora é uma hora, quinze minutos são quinze minutos.

Rodolfo, usuário de Viagra

Apesar de “estar satisfeito” com a eficácia da pílula, o lançamento de um medicamento com menos efeitos colaterais e de ação mais rápida é esperado como uma possibilidade de potencializar o efeito desejado⁹⁸.

É possível que a principal razão para mudar de medicamento seja a evolução das pesquisas farmacêuticas; os laboratórios lançam novidades com uma certa frequência, alardeando as vantagens de seu novo produto em relação a produtos anteriores. Encontrei outro exemplo desta postura entre os usuários de pílulas na linha do Viagra, nos quais se vê uma comparação entre a pílula de referência e uma outra:

Indiscutivelmente o Viagra é o máximo dos máximos. Eu experimentei este outro antes (Vasomax), mas não presta. Tanto que um comprimidinho (do Viagra) eu tomo em 3 vezes, quebro em três pedacinhos, e se eu uso de noite eu tenho o efeito dele de manhã ainda. Não sei se psicológico ou não, mas isso não importa, não importam os meios, o que importa é o fim. Pra mim o efeito é de longa duração. Pode ser que de manhã seja psicológico.

Eduardo, usuário de Viagra

Tanto médicos quanto usuários são suscetíveis aos argumentos da “modernidade”, do laboratório que realiza “pesquisas e avanços constantes”; desta forma, novos produtos com “menos efeitos colaterais” e que anunciem possíveis resultados mais expressivos e que podem ser atingidos mais rapidamente tendem a ser bem recebidos pelo mercado de consumo de produtos ligados ao binômio saúde/doença.

A não-adequação do medicamento ao estilo de vida do usuário pode também ser um motivo de troca do tratamento, ou simplesmente abandono deste. Foi assim que um usuário de Xenical relatou-me o porquê de ter abandonado o seu tratamento:

⁹⁸ Lembro-me da ilustração de uma reportagem sobre o Viagra e seus efeitos, que mostrava um casal deitado na cama, com metade do corpo coberto por um lençol. Enquanto ele aparecia atento a um relógio de pulso e olhando para o seu corpo sob a coberta, ela esperava ao lado de braços cruzados e um certo ar de impaciência. Quanto a este mesmo tema, um dos usuários de Viagra que entrevistei comentou, sem ter entrado em detalhes, que o uso da pílula “ritualiza o sexo”, devido ao intervalo de tempo entre a ingestão e o início do efeito.

Eu não me lembro como... um dos motivos foi valores... dieta não é barato, tu tens que mudar teus hábitos, tem que comprar as coisas para fazer. São essas coisas que tu perde: por exemplo, sexta-feira é sagrado tomar uma cerveja aqui ao lado, eu não podia fazer. Não dá para descer ali, todo mundo tomando cerveja e tu tomando água... é complicado. Eu prefiro não ir e isso vai te enchendo o saco. Atrapalha bastante a tua vida social, entende? Outra questão é valor: R\$250 é uma facada. Tu sai um pouquinho, viaja, começa a trabalhar nesta loucura, não tem horário, vai almoçar às 4 da tarde, qualquer bobagem. Dieta é muito estado de espírito. Tem que estar imbuído daquilo que tu queres.

Jorge, atualmente ex-usuário de pílulas para controle da obesidade

Esta não foi a única vez em que o alto valor das pílulas definiu uma mudança. Permito-me transcrever uma parte um pouco mais longa de uma entrevista para mostrar como um usuário de antidepressivos alegou este motivo para constantes mudanças:

Aí procurei este psiquiatra, comecei a tomar este Remeron, um remédio caro pra cacete, me senti melhor mas ao mesmo tempo dava dois efeitos colaterais, que não eram tão graves mas incomodavam: um é que me dava uma vontade de comer doce, um troço terrível; outro é que de manhã eu acordava sonado. Aí eu conversei com o psiquiatra, teve a questão do preço, eu passei para o Prozac. Aí eu também peguei e usei outros que eram mais baratos, com a mesma substância do Prozac, Baferin, Eufor, tem outros lá mais baratos. Eu fui baixando até achar o que era mais barato. (...) Comecei a fazer acupuntura, por causa de umas dores no ombro, eu tava meio deprimido, ele sugeriu que eu tomasse a centralina, é o [princípio ativo do] Zoloft. Mas ele me receita a centralina e eu mando fazer numa farmácia de manipulação. O Zoloft, com 28 comprimidos, custa R\$70 nas farmácias; com R\$78 eu compro 60 cápsulas do remédio manipulado. É uma economia razoável.

Fernando, usuário de antidepressivos

Fernando muda não apenas de pílula, mas também passa a consumir um medicamento com outro elemento ativo, além de passar de versões industrializadas para as manipuladas, em nome da economia.

Uma questão também digna de nota é a relação dos usuários com os médicos no que diz respeito ao consumo dos medicamentos. Quanto aos informantes desta pesquisa, o contato com um médico sempre ocorreu; entretanto, varia o momento em que se estabelece esta relação médico-paciente, que pode ser construída antes ou depois do consumo da pílula. No caso dos usuários de Viagra e similares, foi comum a situação de consumo antes do contato com um médico, através de empresas nos Estados Unidos que comercializam a pílula pela internet, farmácias no Brasil que aceitavam vender a pílula sem a contrapartida da receita, amigos que viajam ao exterior ou médicos que aviam receitas como um favor, sem estabelecer uma relação de consultório entre médico e paciente. Mas, mesmo nestes casos, em que se consome a

pílula por conta própria, sem a intervenção de um médico, os informantes relatam um contato posterior com um médico:

Pergunta - Tu não foste ao médico, desde o início?

Resposta - Não, não... Mas agora que eu estou consultando, que eu estou fazendo uma série de exames e tudo, com o médico desportista, eu comentei com ele, e ele me disse que ele não via problema nenhum, de estar sendo usado. Caso eu precisasse de receita, ele me daria tranqüilamente, ele não tem preconceito nenhum de estar receitando. Claro, eu não tenho problema cardíaco, nada assim. Mas ele disse que o Viagra é um instrumento, e a gente tem mais é que utilizar este instrumento, caso haja necessidade.

Rodolfo, usuário de Viagra

No caso dos usuários de Xenical, Prozac e similares que foram entrevistados, o contato com o médico foi sempre anterior ao consumo⁹⁹.

Vale lembrar que nem sempre as pílulas são prescritas por profissionais das áreas específicas que tratam daquelas *doenças*: uro-andrologistas para pílulas ligadas à questão da função erétil, psiquiatras para antidepressivos, endocrinologistas para obesidade. Até aí, trata-se de um hábito regular dentro da biomedicina. Mas despertou minha atenção os exemplos de um médico-acupunturista que aviou uma receita de antidepressivo, sendo que a acupuntura estava ligada até recentemente a um *ethos* mais naturalista, além de um médico desportista que afirmou que aviaria uma receita de Viagra, caso o paciente pedisse.

No que se refere a este último caso, Rodolfo estava fazendo consultas com um médico do desporto por estar preocupado com a sua má condição física, consequência, segundo ele, de uma vida sedentária. Nesta entrevista, uma certa insatisfação com a performance corporal se manifesta de uma forma que vai além do sintoma tratado pelo Viagra. Procurar o médico do desporto, diz ele,

é uma questão de eu me sentir bem com o corpo que eu estou agora. E que eu acho que eu preciso cuidar dele, porque eu nunca fui de cuidar. Realmente não é uma coisa estética. Claro que se eu perder esta minha barriga aqui, eu vou me sentir mais estético, né? vou me sentir com o ego melhorado; que, se eu tivesse dinheiro, talvez até fizesse uma lipoaspiração. Eu poderia ter ido para uma academia diretamente.

Rodolfo, usuário de Viagra

Outras possibilidades de tratamento – intervenção cirúrgica e exercícios físicos em outro espaço que não o do consultório ou clínica – são apontadas, mostrando a

riqueza de opções terapêuticas com as quais ele conta. Além disso, a preocupação com a gordura corporal em uma entrevista com um usuário de Viagra mostra que estas questões podem compor um desconforto com o corpo que não é pontual.¹⁰⁰ Além disso, esta experiência ilustra como a busca por *bem-estar*, *saúde* ou mais *qualidade de vida* pode ser feita através de técnicas diversas. No trecho a seguir, esta variedade atravessa as fronteiras da biomedicina oficial:

E como eu tenho tratamento com médico homeopata, às vezes eu fico meio confusa. Porque ele não quer laticínio e o outro indica. Eu não tenho ido ao homeopata porque se eu disser que estou tomando este remédio aqui, ele vai me xingar até o fim da vida. Eu nem apareço lá, porque também não vou mentir pra ele.
Joana, usuária de medicamentos para controle da obesidade e antidepressivos

Recomendações diferentes para o controle da obesidade entram em choque, mas convivem no mesmo indivíduo, mostrando que um itinerário terapêutico diversificado pode combinar saberes médicos conflitivos, sendo que parece caber à usuária manipular estas diversas peças.

3.2 Um discurso não-patologizado

O discurso dos usuários das pílulas, de forma geral, oferece um contraponto à visão de mundo apresentada pelos agentes da biomedicina oficial. Os modelos explicativos para os sintomas (ou para as doenças, se forem entendidos assim os sintomas) não são completamente opostos, mas mostram a existência de um conflito de interpretações que não pode ser desprezado. Durante as entrevistas com os usuários das pílulas, é recorrente uma negação de certas categorias naturalizadas dentro da proposta biomédica oficial, como o estatuto de *medicamento* para as pílulas, o de *doença* para os sintomas e o de *cura* para um estado pós-tratamento.

As falas que destaco a seguir trazem exemplos deste estatuto ambíguo conferido às pílulas, e a forma como esta ambigüidade se manifesta no discurso dos entrevistados:

⁹⁹ É importante lembrar que os antidepressivos não podem ser adquiridos sem apresentação de receita médica, se obedecida a lei. No caso do Xenical, no Brasil, a receita só foi necessária em um período inicial de comercialização da pílula.

¹⁰⁰ Voltarei a este assunto a seguir, mas adianto aqui que é comum usuários de medicamentos para disfunção erétil e antidepressivos fazerem referência a um certo desconforto com o seu peso.

Por isso é que, não é um remédio que eu use, o Viagra, pra suprir uma falta, não, ele é... o Viagra pra mim não é um remédio, é um acessório, da maneira como eu vejo o Viagra, e ele é um acessório pra mim me sentir... pra me trazer um prazer diferenciado, sabe... (...) o Viagra me satisfaz, o objetivo da coisa pra mim não é a cura de um sintoma, quero deixar bem claro isso. Eu tomo é por livre e espontânea vontade e prazer, é uma forma de eu estender mais o tempo em fazer sexo.
Renato, usuário de Viagra

Mas que cura? Eu não vejo isso como... o Viagra sendo cura de alguma coisa. Ele é um instrumento que te possibilita ter um desempenho sexual legal algumas vezes quando o teu corpo não está respondendo tanto. Que cura? A tendência nossa enquanto homens é cada vez mais, pelo que eu sei, embora haja homens bem mais velhos que são ativos sexualmente, até 80, 90 anos, a tendência nossa em centros urbanos grandes é diminuir isso, né, esse apetite sexual ir diminuindo.
Rodolfo, usuário de Viagra

Acho que não é o tipo de coisa que se tem que esconder, cada um tem o seu problema, se for tratado como um problema, né? Acho que cada um tem a sua... não é um problema ser obeso. (...) Eu acho que cada um luta por aquilo que quer, se quer ficar forte, definido, musculoso, é um problema tu ser magro, tu quer melhorar pra'quilo. Mesma coisa é tu ser obeso e tu quer ficar magro. Da mesma forma, só que não é tratado desta forma. As pessoas tratam como doença, como... Parece que tu tá fazendo um esforço sobre-normal, tu és um doente e tu estás ficando bom. Na verdade não é uma doença; tu vais procurar por uma imagem ideal que tu imaginas pra ti.
Jorge, atualmente ex-usuário de Xenical

Acho que tem esse componente de doença, mas o tratamento tem que ser combinado. A medicação ajuda mas acho que não pode ser só a medicação. A terapia acho que é mais útil nesse caso. Eu também não pretendo... não sei até quando vou ficar tomando o remédio, mas também não pretendo ficar ad eternum tomando o remédio. (...) Cura definitiva eu não sei.
Fernando, usuário de Prozac e outros anti-depressivos

Apesar de estarem inseridos dentro do sistema biomédico que envolve desde os laboratórios fabricantes das pílulas até os usuários finais, estes informantes não atribuem o mesmo sentido a palavras como cura, doença e medicamento.

A pílula pode virar um “acessório”, um “instrumento” que ajuda o usuário a atingir um determinado objetivo. O medicamento torna-se uma espécie de parceiro funcional para um projeto que pode ser um melhor desempenho sexual, emagrecer rapidamente ou atingir um estado de bem-estar psíquico. O uso deste “acessório” fica dependente das diferentes estratégias de uso e abandono vividas pelos usuários.

A doença, por sua vez, também é ressignificada. No caso dos usuários de Viagra e similares, o seu sintoma não é representado, ao menos discursivamente, nem

como uma doença nem como um problema. A pílula traz um “algo mais” a um estado físico considerado de normalidade, longe de ser um estado patológico. Em alguns casos, não há sequer o relato de uma fragilidade física; a procura pela pílula dá-se por mera curiosidade, já que o indivíduo apresenta um desempenho sexual normal.

O mal-estar (quando é assim entendido) ganha sentido dentro da história de vida do indivíduo, e não enquanto um diagnóstico exterior pré-estabelecido, como na fala a seguir:

Um dos terapeutas chegou a fazer testes, questionários, para observar, achando que talvez eu fosse maníaco-depressiva, coisa assim. Chegamos à conclusão que não... ele, mais do que eu né? E na última terapia chegamos à conclusão que eu tenho um pouco de mania por trabalho. Eu trabalho, trabalho, trabalho, porque eu amo meu trabalho, não vou me dando conta de que está havendo uma sobrecarga, e quando eu vejo eu estou tão estressada que estou entrando em depressão. Então aquilo que se acreditou durante muito tempo da minha vida, que eu fosse uma depressiva, e que esta depressão fosse primária, acabou se configurando como um erro, um equívoco. Na verdade, eu tenho uma depressão secundária. Eu acabo caindo em depressão por excesso de outras coisas...

Joana, usuária de antidepressivos e remédios par controle da obesidade

De certa forma, no discurso dos usuários, a doença ou o sintoma não tem vida própria, no sentido de ter uma trajetória independente do usuário da pílula. No que pode ser interpretado como um reconhecimento da autoridade do médico, a informante corrige o plural “nós”, na hora de indicar a quem cabe a definição do diagnóstico; por outro lado, ela assume participar desta definição, ao afirmar, em outro momento da entrevista, que “já conhece os seus estados depressivos” e que se dirige ao terapeuta quando sabe que está entrando numa destas fases.

Esta tensão de registros no discurso dos usuários repete-se nas entrevistas. Apesar de não atribuir o mesmo sentido dado aos termos *medicamento*, *doença* e *cura* pelo discurso biomédico oficial, em alguns momentos estes termos vêm à tona e são, de certa forma, corrigidos por outros:

Não tive nenhum outro medicamento que pudesse... [pausa e troca de registro] nenhum outro aliado possível que me chamasse atenção. Porque eu tenho segurança com o Viagra, já conheço. Para eu trocar uma medicação... [pausa e troca de registro] para eu trocar o Viagra, eu tenho que fazer a experiência com outro, talvez a adaptação seja diferente.

Renato, usuário de Viagra

Então a impressão que eu tinha do Xenical era uma coisa assim, a medicina encontrou a cura para a obesidade... [pausa e troca de registro] a cura não, uma solução milagrosa. (...) O Xenical ele é um remé... [pausa e troca de registro] é um medicamento muito caro. Tem que estar plenamente consciente daquilo que tu queres.
 Jorge, atualmente ex-usuário de Xenical

A tensão entre diferentes visões de mundo se expressa na linguagem utilizada. No caso da primeira fala, um usuário de Viagra substitui medicamento por aliado e medicação pelo próprio nome da pílula, afastando-se, creio, de uma leitura patologizada. Na segunda fala, a expressão *cura* é deixada de lado pelo mesmo motivo. Mesmo a confusão terminológica entre remédio e medicamento parece mostrar um campo de conflito entre diferentes modelos para explicar o sintoma.

O discurso dos usuários parece, então, centrado na idéia de que ele não está doente, ou aparece relativizando esta idéia.¹⁰¹

3.3 A interação com outros campos culturais: a cultura do corpo magro e a cultura psi

A cultura da medicalização que cerca o consumo das pílulas Viagra, Prozac, Xenical e similares está longe de constituir uma ilha isolada em termos simbólicos. No discurso dos usuários, surgem algumas conexões com outros campos culturais que convivem no espaço urbano ocidental contemporâneo, e que inclusive já mereceram a atenção de pesquisas antropológicas ou de outras áreas das ciências humanas.

Começamos pela forma como a cultura do corpo magro aparece no discurso dos usuários. Na cultura ocidental, o corpo magro é tido como o padrão ideal de beleza corporal. Para atingir ou manter-se neste padrão, os indivíduos fazem uso de várias técnicas diferentes, como a adoção de dietas hipocalóricas, intervenções cirúrgicas, utilização de medicamentos (que podem ser subdivididos em mais ou menos “naturais”) e práticas de exercícios físicos os mais diversos. Algumas profissões, que tem no corpo o seu instrumento de trabalho, como as (os) manequins e modelos fotográficos além de bailarinos e dançarinos em geral, estão especialmente sujeitas a ter o seu estado de saúde influenciado por esta estética da magreza. Mas, mesmo para aqueles que não trabalham nestas áreas, o corpo, especialmente a forma e peso do corpo, é um tema que merece atenção.¹⁰²

¹⁰¹ O que não significa que não haja um discurso sobre “si”. Esta idéia será desenvolvida no próximo capítulo.

¹⁰² A respeito deste tema, ver a dissertação de mestrado de Munson (1998), defendida junto ao PPGAS da UFSC. A autora estabelece conexões entre estados patológicos e a cultura, refletindo

Não é uma exclusividade da cultura urbana ocidental conferir ao corpo um estatuto de portador de uma auto-identidade. Mas o conceito contemporâneo de *dieta*¹⁰³ colocou nas mãos de cada indivíduo a responsabilidade da escolha por uma alimentação mais ou menos adequada, e o estigma por ter feito uma escolha errada, seja em termos dos valores estéticos ou de saúde. Segundo Giddens, a idéia que se tem de dieta hoje

está ligada à introdução de uma “ciência” da nutrição e, portanto, ao poder disciplinar no sentido de Foucault; mas também situa a responsabilidade pelo desenvolvimento e pela aparência do corpo diretamente nas mãos do seu proprietário. O que um indivíduo come, mesmo entre os mais materialmente carentes, torna-se uma questão reflexivamente impregnada de seleção dietética. Hoje em dia, toda a gente (grifo do autor) nos países desenvolvidos, com exceção dos muito pobres, faz ‘uma dieta’. (...) Nestas circunstâncias, o que se come é uma escolha do estilo de vida. (Giddens, 1992:42)

O ponto a ser destacado é o de que a preocupação com o peso corporal, entre os indivíduos que entrevistei, não é uma exclusividade dos usuários de Xenical e similares. Esta preocupação recorta de forma transversal também as entrevistas com usuários de Viagra, Prozac e similares. Uma certa insatisfação com o peso corporal, grau de mobilidade e beleza física, ou ao menos a atribuição de um sinal negativo ao fato de estar “gordinho” é uma regularidade nas entrevistas:

Dos 8 aos 18 anos, eu fiz muito esporte, ciclismo seis anos, futebol de salão fui campeão, fiz natação, joguei tênis este período inteiro, (...) A minha adolescência inteira eu me preparei muito bem para esta fase que eu estou vivendo, eu tenho 35 anos, meu físico, eu estou gordo, sou gordinho, mas eu tenho muita massa muscular, uma estrutura óssea muito mais forte do que os normais, tenho 1.75 de altura e peço 115 quilos, mas tu não diz que eu tenho 115 quilos. Todo mundo me dá 95, 100, pela distribuição, não é gordura localizada, é uma gordura bem distribuída. (...) Um cara que é mais gordinho, as mulheres pensam que não dá no couro, depois que elas me experimentam, ficam alucinadas. E não é por causa do Viagra.

Renato, usuário de Viagra

sobre a questão dos distúrbios alimentares anorexia e bulimia, e de como a estética da magreza pode influenciar o estado de saúde dos indivíduos.

¹⁰³ Que expressa a idéia de uma seleção dietética escolhida pelo indivíduo, pela qual ele deve se responsabilizar.

Eu tô me sentindo um pouco mal comigo mesmo, fisicamente. Eu tô muito sedentário, eu preciso me exercitar um pouco, preciso fazer alguma coisa por mim; o corpo tá com quase 47 anos e eu estou começando a sentir coisas que antes eu não sentia. Dores musculares, coisa de juntas, que de repente, assim, a minha idade emocional não está condizendo com a minha idade física, eu me sinto muito mais jovem e, de repente fisicamente eu não tenho o mesmo retorno que eu tinha antes. Tô com excesso de gordura localizada, antes não me incomodava, não me fazia mal, mas de repente tu começa a sentir um peso físico.

Rodolfo, usuário de Viagra

Em ambas as falas, o acúmulo de gordura no corpo ganha um sinal negativo. No primeiro caso, a referência a um padrão estético da cultura é mais claro, e o informante mostra uma certa preocupação com a imagem que o excesso de gordura transmite para as mulheres. No segundo, o acúmulo de gordura vem de reboque com o acúmulo de anos vividos. O corpo é apresentado como um “outro”, a partir do momento em que o indivíduo passa a vê-lo como inadequado ao seu estado de espírito.

Fernando, um usuário de antidepressivos que, para o padrão da cultura ocidental, parece estar bastante acima do peso, fala sobre perder peso como uma “tarefa” a ser assumida após o tratamento do estado depressivo. Incentivado pelo meu questionamento sobre se ele tomaria o Xenical, o informante respondeu:

Na minha cabeça eu tenho que estar muito preparado; pra mim é uma tarefa difícil demais emagrecer. A própria relação com a comida, tu já deves estar tratando disso, comida compensa, aquela coisa... Então eu tenho que estar com a cabeça muito boa, talvez seja uma próxima etapa perder peso, mas eu não pretendo recorrer a remédio nenhum.

P- Como assim próxima etapa?

Dentro da minha vida assim, próxima tarefa minha seria perder peso. Até porque é um efeito limitador, me cansa muito, chego em casa agora, com dois empregos, fica pesado, eu tenho que me mexer por aí, tu sente a dificuldade, tô carregando aí um peso extra.
Fernando, usuário de antidepressivos

Em termos gerais, há uma certa insatisfação com o seu corpo, que pode ser atribuída à questão estética, ao fato de que a “gordura cansa”, sendo um “peso extra” a ser carregado, ou às conexões entre o excesso de gordura e outras doenças, como os males que podem atingir o coração.

Outro ponto que merece ser citado é a interação entre estes processos de medicalização e a influência das teorias psicanalíticas entre as classes médias brasileiras. Na fala de Fernando, logo acima, ele faz uma referência ao fato que o consumo excessivo de comida compense um estado de insatisfação em outras áreas da vida, uma idéia que atravessa a cultura ocidental. No caso dos usuários de Viagra e

similares, há um ponto curioso. Nestas entrevistas (foram cinco ao todo), sempre há alguma referência a um “efeito psicológico” da pílula. Os dois exemplos mostram uma certa banalização das teorias ligadas ao campo da psicanálise, de formas que os indivíduos leigos já fazem uso de um certo “vocabulário psi”, mesmo aqueles que nunca procuraram este tipo de terapia.

3.4 Outra breve conclusão parcial

O que deve ser sublinhado então é que, no que diz respeito aos usuários dos serviços e produtos oferecidos pela biomedicina, nem sempre é de um estado de doença que se quer tratar.

Mas, se na visão dos usuários das pílulas, os sintomas tratados não são considerados uma doença, ou ao menos esta noção é sempre relativizada, em que termos se dá a relação com as pílulas, com os médicos e com os sintomas? Minha hipótese de trabalho é a de que, entre as classes médias urbanas, vivencia-se uma *cultura de promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida*. No uso feito pelo discurso leigo, esta cultura é perpassada por uma estratégia discursiva que justifica uma intervenção não apenas em estados de doença, mas também em estados de saúde. Já no uso feito pelo discurso biomédico oficial, os valores ligados à *qualidade de vida* ou ao *estilo de vida* que se leva estão amplamente conectados a uma leitura naturalizada das *doenças* e do doente. O campo biomédico vem encontrando, nesta cultura específica, espaço para expansão, passando a absorver estados antes não tratáveis, ou não patologizados com a intensidade que parece marcar o discurso biomédico contemporâneo.

O significado atribuído ao consumo destes produtos farmacêuticos pelos usuários oferece uma possibilidade comparativa interessante com outros trabalhos. Estou pensando especialmente no trabalho de Duarte (1986) sobre a cultura da doença dos nervos entre as classes trabalhadoras urbanas. Aquela obra mostrou de forma marcante como uma doença que emerge do conhecimento popular pode ter dificuldades em ser reconhecida pelo campo biomédico oficial.

Encontrei aqui uma situação que, numa leitura um tanto quanto maniqueísta, pode ser considerada inversa. No caso de disfunção erétil, obesidade e depressão, é o discurso biomédico oficial, através principalmente de um esforço de comunicação dos laboratórios farmacêuticos, quem propõe a existência de *doenças*, enquanto os usuários tendem a ressignificar o seu estado como não-patológico. É claro que esta colocação pode ser considerada inadequada, genérica demais para um campo tão

heterogêneo. Pelo que percebi, quando as doenças aqui em questão manifestam-se em sua forma aguda, os usuários tendem a fazer uso das categorias doença e remédio.

Um outro ponto ainda resta por ser levantado. A própria definição do que seria um estágio mais ou menos avançado da *doença* já poderia ser também alvo de análise, visto que não aceitamos aqui a naturalização dos estados patológicos, que vem a ser a forma como os atores do campo biomédico oficial costumam manifestar-se. Este, aliás, é o motivo pelo qual não me preocupei aqui em classificar os usuários entre aqueles que apresentam maiores ou menores sintomas. Preocupa-me tão somente o significado atribuído à doença, desconforto ou sintoma.

CAPÍTULO 4

Diferentes significados em tensão

*A doença põe a linguagem inevitavelmente
sob tensão.*
Roy Porter, 1993: 365.

Neste capítulo, tento articular de forma mais teórica os dois capítulos anteriores, mostrando que os discursos apresentados em separado articulam-se em certos momentos e configuram um campo cultural em constante tensão e troca. O discurso da *qualidade de vida* ou *estilo de vida* funciona como um eixo que atravessa tanto as entrevistas com usuários quanto o discurso do campo biomédico oficial.

4.1 Circularidade cultural: a mesma direção, diferentes sentidos

Volto a salientar que o formato dado ao texto, em especial no que se refere aos capítulos 2 e 3, reflete muito mais uma escolha analítica do que uma realidade encontrada em campo. O discurso colhido junto ao público leigo usuário das pílulas, por um lado, e junto aos profissionais da biomedicina e indústrias farmacêuticas, por outro, não estão sempre em oposição. Pontos de negociação e interpenetração entre os idiomas falados pelos agentes que circulam dentro do sistema biomédico aparecem em vários momentos. Entre leigos e profissionais, percebe-se uma *circularidade* de idéias sem a qual um diálogo seria pouco provável. Não há duas culturas, mas variações no sentido atribuído a categorias e conceitos importantes dentro de uma *cultura da saúde*, ou *cultura da qualidade de vida*.

A idéia de *circularidade cultural* vem sendo utilizada em trabalhos cuja postura teórica procura desmontar uma oposição simplificadora entre diferentes níveis de cultura. Deixa-se de lado uma construção em termos de hierarquia, estranhamento absoluto ou aculturação pura e simples no que diz respeito às relações entre uma cultura dominante e outra subalterna, ou ainda uma cultura leiga e outra letrada ou profissional, e busca-se mostrar que o contato entre diferentes idiomas culturais gera uma superfície de atrito. Quando lidamos com a comunicação entre “duas culturas”,

temos, por um lado, dicotomia cultural, mas, por outro, circularidade, influxo recíproco entre cultura subalterna e cultura hegemônica... (Ginzburg 1987:21)¹⁰⁴

O tema da *circularidade cultural* foi abordado por Porter em um artigo sobre pontos de tensão na linguagem médica na Inglaterra no século XVIII, mas cujas

¹⁰⁴ Esta pequena citação não está à altura da contribuição de Ginzburg e muito menos da de Bakhtin (1987), onde o autor italiano vai buscar a hipótese de que existiria uma “influência recíproca entre a cultura das classes subalternas e a cultura dominante” (Ginzburg, op. cit: 24). A partir da análise dos autos do julgamento de um moleiro na Idade Média, acusado de heresia pelo tribunal da Santa Inquisição, Ginzburg chega à conclusão de que havia uma “impressionante convergência entre as posições de um desconhecido moleiro friulano e as de

observações, segundo o próprio autor, “podem ser aplicadas amplamente aos problemas médicos passados, presentes e futuros” (Porter, 1993:368). Sobre os caminhos da terminologia médica, Porter disse que se trata de

um jargão técnico, exclusivo, e ainda assim deve servir para a comunicação (ou, às vezes, à “descomunicação”) entre médico e paciente, e para possibilitar a este compreender a doença. É uma expressão neutra e objetiva de conhecimento científico que, ao mesmo tempo, está emaranhada em transações socioeconômicas e aspirações terapêuticas. (idem: 365)

A designação de um problema, doença ou desconforto pode encontrar variações que expressam a tensão entre termos leigos e jargão profissional, mas também variações internas a estes grupos. Como vimos, a terminologia médica pode variar conforme a ocasião, espaço e objetivo da comunicação; os agentes da biomedicina oficial (laboratórios farmacêuticos e médicos) “falam em diversos graus de solenidade”, como disse Porter (1993:367, a partir do trabalho de Dirckx). Por sua vez, os usuários das pílulas, que de forma geral não fazem uso de apenas uma estratégia terapêutica, aproximam-se e afastam-se do sentido atribuído às idéias de doença, remédio e cura pelo discurso biomédico oficial conforme as suas necessidades.

De certa forma, a fluidez encontrada no itinerário terapêutico dos usuários das pílulas, cujas especificidades tentei mostrar no capítulo 3, vê-se refletida no idioma falado para se referir ao seu sintoma e ao uso do medicamento.¹⁰⁵ Um bom exemplo é o caso do informante Renato. Por um lado, numa fala que eu considero paradigmática da negação do estatuto de patologia, disse ele,

eu não considero o Viagra como um remédio. Ele não me cura, porque eu não tenho um problema. Ele é um aliado pra mim, e faz parte da brincadeira que é sexo pra mim.¹⁰⁶

Por outro lado, continua o informante, quase ao final da entrevista:

grupos intelectuais dos mais refinados e conhecedores de seu tempo”, situação que “repropõe com toda a força o problema da circularidade da cultura formulado por Bakhtin” (op. cit. 25-6).

¹⁰⁵ Sobre as conexões entre a língua e a cultura em sentido mais abrangente, e o campo de possibilidades oferecido ao indivíduo, disse Ginzbourg que “assim como a língua, a cultura oferece ao indivíduo um horizonte de possibilidades latentes – uma jaula flexível e invisível dentro da qual se exercita a liberdade condicionada de cada um”. (op. cit.:27) Um equivalente desta hipótese é encontrado na antropologia brasileira pelas mãos de Gilberto Velho, quando ele afirma que, dentro das sociedades contemporâneas onde se percebe a proeminência de uma ideologia individualista, sempre há uma *alternativa individualizadora* (Velho, 1981) dentro do *campo de possibilidades* que delimita o raio de ação de um indivíduo, mesmo que esta alternativa siga um padrão já existente na comunidade ou grupo.

¹⁰⁶ No capítulo anterior, já coloquei em destaque outros exemplos nesta mesma linha, na qual os usuários colocam em perspectiva termos da biomedicina oficial como medicamento ou remédio, doença e cura.

Eu até acho que eu usaria (o Viagra) como remédio, se eu tivesse a disfunção; mas como ela (a pílula?) me veio como um parceiro para aumentar o tempo de relacionamento sexual, então eu uso.

(Renato, 34 anos, usuário de Viagra há 6 anos)

Nesta última fala, quase ao final da entrevista, Renato faz uso de termos como “remédio” e “disfunção” (erétil?), sendo que durante toda a conversa o primeiro termo era sempre negado e o segundo sequer aparecia. Fica aberta a possibilidade de que ele venha no futuro a atribuir um sentido patologizado ao seu consumo, o que mostra ser esta uma leitura possível em sua visão de mundo, apesar de não ser a escolha atual.

Enquanto o usuário cogita a possibilidade de usar a pílula “como remédio”, um dos urologistas a quem entrevistei descreve da seguinte maneira a sua forma de abordar o assunto junto aos pacientes:

eu tenho que falar com o paciente de uma forma franca, direta, e com uma linguagem acessível pra ele. Vou tentar conversar com o paciente dentro daqueles termos que ele conhece. (...) No caso dos pacientes que gostariam de melhorar ainda mais a sua performance, eu indico o Viagra como se fosse uma gasolina azul.

Jorge, urologista e andrologista.

O ponto a ser destacado é que dentro do sistema biomédico, no que se refere ao uso destas pílulas, a comunicação é marcada por uma tensão terminológica e também do sentido atribuído ao uso das pílulas e à doença em questão. Indústria farmacêutica, médicos e usuários negociam, através de vários canais de comunicação, o diagnóstico, o estatuto do desconforto, a terapêutica, a duração e o fim do tratamento. Ao que me parece, nem sempre as escolhas dos agentes estão baseadas em argumentos que poderiam ser chamados de “científicos”.

O fato de médicos e usuários muitas vezes não atribuírem o mesmo sentido ao uso que se faz da pílula não inviabiliza a relação terapêutica. O compartilhamento de conceitos pode dar-se em outro campo, que não o do significado atribuído às noções de cura, medicamento e doença. O ponto em comum pode estar, por exemplo, na aceitação da terapêutica enquanto uma nova tecnologia para melhorar ainda mais o estado de saúde. Em algumas ocasiões no contexto das entrevistas com usuários, estes justificavam o consumo da pílula – ou diziam que esta era a forma como os seus médicos haviam argumentado com eles a favor do uso da pílula – com um argumento no formato “Por que não tomar? Tá aí é pra isso mesmo”.

4.2 Uma história de si ou da doença: mitos individuais e mitos coletivos

A história das idéias não pode ser necessariamente superposta à história das ciências. Porém, já que os cientistas, como homens, vivem sua vida num ambiente e num meio que não são exclusivamente científicos, a história das ciências não pode negligenciar a história das idéias.

Georges Canguilhem 'O normal e o patológico', p.25.

Entre o discurso dos agentes da biomedicina oficial e as falas dos usuários, uma das grandes tensões diz respeito ao espaço que cabe ao *indivíduo* na relação com a doença e o medicamento (se assim forem entendidos o sintoma e a pílula). Em uma entrevista realizada com um médico urologista, ouvi em certo momento que

O importante para o médico não é se adaptar ao paciente, mas adaptar o paciente a uma dinâmica; nós temos que ter uma história de uma doença.

(Mário, urologista)

No discurso dos usuários, o que me parece existir é justamente a adaptação de uma dinâmica terapêutica às necessidades de cada um. As histórias que ouvi durante as entrevistas assemelham-se muito mais a uma história de si do que a uma história da doença. O mito coletivo da *doença* proposto pelos agentes da biomedicina oficial perde força em relação a um mito individual, no qual o sintoma e o uso da pílula é apenas mais um evento na vida do usuário. O uso da pílula faz sentido dentro de uma história de vida e não de uma história da doença. Um mito coletivo é construído através da determinação de um diagnóstico fixo pelos agentes da biomedicina oficial, que estabelece as características da *doença*, conferem-lhe uma estrutura ordenada em termos de suas manifestações e tratamentos; mitos individuais surgem nas narrativas dos usuários, ressignificando esta relação e conferindo maior peso aos aspectos endógenos do tratamento e à história de vida individual.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Originalmente, o mérito pela idéia de comparar mitos coletivos e individuais cabe a Lévi-Strauss (1996), em um trabalho onde o autor pensa a relação entre o trabalho do psicanalista e o trabalho do xamã. Mas a influência para o uso da idéia neste trabalho chega via a leitura de Maluf (1996). Em sua análise sobre a cultura que cerca o circuito terapêutico alternativo no sul do Brasil, a autora afirma que "nas chamadas terapias alternativas, penso que há fusão dessas duas dinâmicas. Cada técnica oferece elementos que operam como mitos coletivos que ajudam a construir um 'mito' individual - a narrativa pessoal elaborada ao longo do trabalho terapêutico".

Para ilustrar esta tensão esta convivência entre mitos coletivos e individuais, repito duas falas já citadas no capítulo anterior, por considerá-las paradigmáticas. Ao perguntar a uma informante sobre o uso de antidepressivos – a pergunta foi “por que tu procuraste o Prozac?” –, a resposta começou da seguinte forma:

Eu sempre fui uma pessoa muito ansiosa, tive uma infância muito difícil e fiquei meio sem estrutura de base, aquela estrutura da infância de família e tal. Então, de tanto em tanto, eu vou fazer terapia, quando eu vejo que eu não estou dando conta, eu vou fazer terapia.

(Joana, usuária de antidepressivos e remédios para o controle da obesidade)

Ou ainda, no caso de um usuário de Viagra, quando pedi que ele me falasse sobre a experiência com a pílula:

Eu sou um cara que, vamos falar de sexo, eu comecei a descobrir com 18 anos, 16 anos, o que era uma mulher, a primeira vez, e aí me apaixonei, gostei muito de fazer, porque a primeira vez foi ótima, aos 21 eu tive uma namorada de 33,...

(Renato, 34 anos, usuário de Viagra desde os 28 anos)

As histórias remetem a um período anterior ao consumo da pílula, quando o sintoma sequer ainda existia. Eventos que, na memória atual, aparecem como importantes na história de vida dos indivíduos, são lembrados para justificar o porque da existência de uma “*tendência depressiva*”, ou porque ele “*gosta muito de fazer sexo*”. A experiência com o medicamento não é tão valorizada no discurso, creio, quanto o mito individual do entrevistado.

Vale ainda destacar que o próprio “trabalho” da pílula no organismo é equilibrado com a capacidade que cada qual teria de combater o sintoma sozinho, sem a ajuda de um elemento químico. Nas entrevistas, senti que os usuários tendem a valorizar o seu próprio papel no tratamento, ou ainda limitar o tempo de uso até atingir um determinado objetivo, e depois dar continuidade a um processo terapêutico sem a pílula.

Numa versão, poderíamos dizer, bastante radical do que foi dito acima, um usuário de Viagra disse-me que

Eu posso parar amanhã de consumir, eu não tenho necessidade de usar o Viagra para me auto-afirmar, começa por aí. (...) Se não existisse eu ia brincar por menos tempo, ia me satisfazer também, mas por menos tempo; hoje eu consigo me satisfazer por mais tempo.

Renato, 34 anos, usuário de Viagra desde os 28 anos

Uma usuária de medicamentos para controle da obesidade planeja abandoná-los tão logo atinja a sua meta de emagrecimento:

Eu tava tomando o Reductil e tava fazendo dieta, caminhada e tal. Aí por conta de ter deixado o plano de saúde por problemas pessoais, acabei saindo. Retomei agora... é uma questão de motivação, perder peso rápido, para depois continuar sem tomar nada. Aí ela me receitou não o Reductil de novo, receitou o Plenty, que é a mesma fórmula mas é mais barato, e o Xenical, os dois juntos. (...) Eu falei pra ela “eu quero tomar remédio dois ou três meses, perder 12 quilos de novo, porque aí, mais motivada, fica mais fácil, até pra retomar o exercício...”

Joana, usuária de remédios para controle da obesidade e antidepressivos

A *autonomia individual* é um valor que ganha sinal positivo nestas falas. Paralelamente ao espraiamento do uso dos “remédios do estilo de vida”, corre, então, uma cultura que valoriza o tratamento dos sintomas sem recorrer a um agente medicamentoso. Em janeiro de 2002, a revista Quem trazia em sua capa uma conhecida atriz de TV, destacando o fato de que ela teria superado oito meses de depressão. Em suas palavras:

Disseram-me que o que eu tive foi uma espécie de síndrome do pânico. Não sei direito porque não fui ao médico. (...) Minha analista disse que eu tinha ‘somatizado’ várias coisas. (...) Ninguém, nem meus pais, sabia de nada. Sofri isso tudo sozinha, sem apoio, nem remédio. Vivi tudo no osso. Fui até o fundo do poço da dor. (...) Eu me curei na marra, com muita conversa com a minha analista. Tomava chá de camomila e muita água gelada, que baixa o batimento cardíaco. Usava uns truques assim.

Revista Quem, n.72, ano 2.

A reportagem destaca a afirmação de que a atriz “*detesta tomar medicamentos*”. A cura é atribuída a um trabalho de análise feito “*na marra*”.

Exemplos neste sentido também podem ser citados no que se refere à obesidade. Encontrei um pequeno anúncio publicitário que vendia um tratamento para perda de peso à base de acupuntura, destacando as informações de que o tratamento era feito “*sem remédios*” e “*sem cirurgia*”. Um folheto trazendo “*novidades em tratamentos naturais*” para o controle da obesidade destaca que você pode perder 20 quilos ou mais “*sem drogas letais*” e “*sem dietas malucas*”.

Parece razoável afirmar que o campo mostra uma espécie de hierarquia entre diferentes terapias para o mesmo sintoma. Esta hierarquia reflete uma oposição entre

tratamentos mais “naturais”¹⁰⁸, ou onde há um investimento pessoal (um esforço), e intervenções químicas ou cirúrgicas. Neste sentido, “*ginástica é melhor que dieta*”, como afirma uma reportagem da revista Época¹⁰⁹, sobre as benesses do exercício físico; por sua vez, fazer uma dieta é melhor do que fazer uso de medicamentos. O equivalente para a depressão seria a procura de alguma psicoterapia em vez de fazer uso de antidepressivos, ou procurar combinar as duas técnicas.¹¹⁰

Os indivíduos que fazem uso das pílulas parecem apropriar-se de determinados valores da cultura ocidental urbana contemporânea, como o culto à beleza e ao corpo magro, busca por *qualidade de vida* e bem-estar, potência, etc., mas através de determinados filtros, como o valor da *autonomia*, uma face da ideologia predominante em nossa cultura, o *individualismo*.

Gilberto Velho é um autor central para entendermos a versão (ou as versões) brasileira do individualismo como ideologia. A tensão entre o indivíduo e as demandas da cultura na qual ele está inserido, em suas diversas manifestações, é um tema que perpassa a obra do autor¹¹¹. Indivíduo e cultura marca uma dualidade de primeiro nível que se manifesta sob diversas formas, sendo expressa através de diferentes termos nos livros de Velho, a saber, o grupo e seus membros, projeto individual e o campo de possibilidades oferecido, unidade e a fragmentação, consenso e conflito, norma e desvio. Boa parte do esforço teórico do autor está em demonstrar o caráter heterogêneo do ambiente urbano em sociedades complexas, um ambiente no qual se chocam diferentes projetos individuais e coletivos. Existe projeto, segundo Schutz (1971, a partir da leitura de Velho, 1981), quando “há ação com algum objetivo predeterminado”.

A tensão entre indivíduo e cultura pode ser ilustrada pela discussão sobre a autoria do projeto. Velho afirma que não existe um

¹⁰⁸ Esta valorização dos tratamentos “naturais” e do esforço pessoal – mesmo que isso signifique um processo mais lento de tratamento – é um aspecto fortemente preponderante entre os segmentos das classes médias que fazem uso das terapias chamadas alternativas.

¹⁰⁹ N.173, ano IV. Na capa, uma apresentadora de TV aparece em uma academia de musculação fazendo exercício para o bíceps. A manchete traz apenas uma palavra: “Mexa-se”.

¹¹⁰ A análise feita é simplista demais se atentarmos para o volume de opções terapêuticas diferentes à disposição dos indivíduos, especialmente no espaço urbano. Teriam que ser incluídos aí os produtos que se encaixam na categoria de medicamentos, mas são considerados mais naturais, como os antidepressivos fitoterápicos e uma infinidade de produtos que prometem a perda de peso.

¹¹¹ Ver Velho 1981 (1ª ed.), 1994 (1ª ed), 1998. o indivíduo moderno nem sempre existiu como tal, sendo um fenômeno excepcional na história das civilizações

projeto individual 'puro', sem referência ao outro ou ao social. Os projetos são elaborados e construídos em função de experiências sócio-culturais, de um código, de vivências e interações interpretadas. (...) o projeto não é um fenômeno puramente interno, subjetivo. Formula-se e é elaborado dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes. (Velho, 1987[1981]: 26-7)

A face coletiva, ou não inteiramente subjetiva, da construção de um projeto individual é mostrada ainda pelo fato de que o projeto deve ser comunicado; aliás, esta é uma condição de existência para o projeto. Apesar da força das representações coletivas, na teoria do projeto de Velho o indivíduo sempre tem lugar. Se, por um lado, não há projeto individual puro, por outro toda sociedade “desenvolve mecanismos para definir um lugar para o indivíduo agente-empírico” (sempre com alguma tensão); mesmo que um suposto projeto individual esteja seguindo um padrão já existente, esta é a *alternativa individualizadora* dentro do grupo e universo moral.

Mesmo que milhões de pessoas estejam consumindo a mesma pílula no mesmo momento histórico, é o indivíduo quem, ao menos discursivamente, toma as decisões de se aproximar da terapia ou simplesmente do produto. É assim que um atualmente ex-usuário de Xenical falou sobre as suas opções:

Não adianta fazer uma propaganda do Xenical dizendo que você vai emagrecer horrores. Tem que estar na cabeça de cada um... pelo menos pra mim, eu não me motivo pelo comportamento dos outros... Acho que tem que ser uma coisa interna tua, tu descobrir o momento de fazer as coisas.
Jorge, ex-usuário de Xenical

Em uma outra entrevista, o início de uma nova fase de tratamento é marcada pelo disparar de certos sinais físicos que a usuária já aprendeu a identificar:

Atualmente eu já conheço os meus estágios de fase depressiva. Então eu já vou pro médico, ou pro terapeuta, antes de entrar no buraco. Mas naquela época eu ainda não conhecia o mecanismo. Por exemplo, se eu começo a perder sono, eu já estou entrando em estresse. Eu normalmente durmo bem; então se eu começo a não dormir bem, é o primeiro sintoma. Eu começo por aí, começo a ter dificuldade de concentração, começo a ter alguns indícios de que eu estou entrando na fase perigosa de estresse e a partir daí, se eu não cuidar, eu vou entrar em depressão. (...) Então eu não tenho este problema de tomar o remédio, desde que com acompanhamento psicoterápico. Porque se eu vou lá é porque eu estou com um problema, se eu cai num problema e porque eu não me conduzi de maneira saudável na administração da minha vida. Então é preciso saber como é que eu saio do problema para conduzir a minha vida de uma maneira melhor, né, de uma maneira mais adequada para mim mesmo, não para os outros.
Joana, usuária de antidepressivos e medicamentos para controle da obesidade

Valorizar uma história de si, equilibrar a atuação do químico com o caráter endógeno do tratamento, relativizar a influência da cultura na decisão de tomar as pílulas são atitudes que parecem mostrar um esforço de preservação do valor-indivíduo, uma expressão recorrentes nas culturas ocidentais.¹¹² Certa vez, Duarte afirmou que se trata de uma especificidade do moderno “um mundo recortado por uma fragmentação em sujeitos autônomos individualizados, que trazem em seu íntimo todos os atributos da identidade legítima” (1983:4). Mas, para continuar a “ser você mesmo”, mantendo a legitimidade da identidade individual numa cultura que crê que cada ser é único, o que será preciso preservar das novas possibilidades de intervenção no corpo que os avanços no campo farmacêutico e biogenético oferecem? O químico não atua na essência do indivíduo, que continua a ser um local de atuação única e exclusiva de uma vontade interior. Os pontos de referência para uma classificação entre *exterioridade e interioridade* mudam de lugar conforme o espírito do tempo. Para Sfez (1996), esta distinção está refletida na distinção entre ‘ser’ e ‘aparência’:

Tudo o que se encontra em exterioridade e cuja mudança não acarreta nenhuma mudança no interior do ser, isto é, nenhuma mudança no ‘segredo’ da interioridade dos indivíduos, poderá então ser modificado (...) Se acho meu nariz longo demais, posso recorrer à cirurgia estética e mudar meu nariz, ‘eu’ permaneço o mesmo. (...) Agora são os genes que compõem nossa alma. (Sfez, 1996: 49).

O corpo, objetivado pelas versões naturalizadas da doença do ponto de vista da biomedicina oficial, é ao mesmo tempo o templo de escolhas individuais, expressão de uma vontade interior. Esta tensão é assim analisada por Duarte:

por trás de todos esses desenvolvimentos, creio poder demonstrar a preeminência da nossa concepção de pessoa: seu caráter, ao mesmo tempo autônomo, singularizado, interiorizado; sua dependência de um corpo ‘naturalizado’, cujo conhecimento e manipulação depende dos saberes científicos especializados, sua expectativa tensa de ver reconhecida a preeminência de sua vontade interior e de ser coerente com os regimes contraditórios de verdade com que convive e em que acredita (verdade objetiva versus subjetiva, externa versus interna, etc.). (Duarte, 1998:19)

¹¹² Boa parte da obra de Louis Dumont (especialmente em Dumont, 2000) é dedicada a mostrar que o indivíduo moderno nem sempre existiu como tal, sendo um fenômeno excepcional na história das civilizações. Com um perspectiva comparativa, buscando ‘o outro’ numa Índia onde o valor central seria o holismo, o autor propõe uma relativização radical da noção de Pessoa.

Cada indivíduo, seus projetos, seu próprio corpo é um local de tensão entre constrangimentos da cultura que pedem o enquadre em certos padrões (de beleza, saúde, etc.), e outros constrangimentos da cultura que pedem ao indivíduo manifestações de singularidade e autonomia. Equilibrar estes pedidos contraditórios é uma das tarefas diárias do indivíduo contemporâneo ocidental.

4.3 Saúde e qualidade de vida: valores no espírito do tempo.

Tanto nas entrevistas, quanto entre o material coletado junto aos meios de comunicação de massa, os usuários das pílulas Prozac, Viagra, Xenical e similares fazem referência a conexões entre o seu sintoma – atribuindo-lhe ou não um estatuto patológico – e o *estilo de vida* que levam. Uma referência constante é feita às obrigações profissionais e ao quanto as pressões e exigências feitas ao indivíduo no contemporâneo urbano influenciam o estado de saúde. É assim que este discurso aparece numa entrevista com um usuário de Viagra

eu tenho um agravante físico, eu trabalho muito, tenho uma jornada de trabalho de praticamente 12 horas. Tenho a jornada de trabalho grande e o esforço físico te tira a potência, chega em casa tá moído, principalmente quando tu vais ter o relacionamento com a pessoa que tu convives há um certo tempo, é natural, vira rotina. O excesso de trabalho influencia muito, eu não acho, isso tá comprovado. (...) Eu gostaria de me experimentar sem esta jornada de trabalho. Dois dias aqui na ... e o resto sem nada pra fazer. Mas não é possível, tu vais agregando isso ao teu orçamento e entras numa roda viva. Eu chego em casa e sou uma madeira, deito e durmo, estou num prego físico. Com o Viagra tu despertas.
Eduardo, usuário de Viagra

A jornada de trabalho desgastante é tida como uma das causas do sintoma. A pílula funciona como uma espécie de compensação. Lembro-me de diferentes momentos em diferentes entrevistas em que o estresse com o trabalho aparece como um catalisador dos sintomas. Assim, um empresário afirma que não consegue nem manter uma alimentação regular e saudável e nem manter o tratamento com Xenical por causa de seus horários de trabalho. Em outro caso, o excesso de obrigações profissionais, a intensidade do seu envolvimento e a estafa aparecem como um mecanismo que ajuda a disparar crises depressivas em uma professora universitária. De certa forma, o discurso dos usuários sobre um ponto de fragilidade – o seu desconforto físico – é equilibrado com um discurso sobre seu empenho profissional.

A influência do *estilo* ou *qualidade de vida* que se leva sobre os estados de saúde vem sendo um tema cada vez mais divulgado nos meios de comunicação de massa. Também nestas reportagens, o conceito de saúde com o qual se trabalha é

cheio de significados possíveis. Deparei-me com uma versão apenas um pouco modificada do conceito de saúde formulado pela OMS¹¹³ em 1948 ao folhear uma publicação especial de 92 páginas, parte integrante de uma edição da Revista Veja, que circulou no segundo semestre de 2001. Este anexo chamou-se “Sua Saúde” e trazia uma série de reportagens que a revista classificou como “receitas para viver melhor”. A primeira reportagem, com a manchete “*A medida da sua saúde*”, traz um teste preparado por uma empresa de tecnologia em saúde, “*especializada em promoção de saúde e qualidade de vida em grandes corporações*”. O objetivo da Revista ao publicar este teste é

fazer com que o leitor verifique a quantas anda o seu estado geral. As questões (...) são abrangentes. Abordam de hábitos alimentares a grau de satisfação no trabalho, passando por comportamento sexual, resultado de exames clínicos e nível de auto-estima. O pressuposto é que o conceito de saúde se tornou mais elástico do que a simples inexistência de uma doença. Implica também viver com alegria, cultivar amigos, ter um projeto. Ser feliz, enfim.
Veja Sua Saúde. Parte integrante da Revista Veja, ano 34, n.12.

O teste é concluído com uma avaliação; o leitor deve somar o total de pontos atingidos e atentar para o perfil no qual ele se enquadra. O melhor resultado possível estaria na faixa entre 50 e 91 pontos com a seguinte avaliação:

Você pertence a uma minoria. Seu estilo de vida é dos mais saudáveis. A possibilidade de você vir a sofrer doenças crônicas, problemas cardíacos e baixa resistência é muito pequena. Mantidos esses hábitos e cuidados, sua expectativa de vida e produtividade só tendem a aumentar.
Veja Sua Saúde, op. cit.

Por outro lado, o pior resultado possível estaria na faixa com mais de 170 pontos, cuja avaliação alertava que

As mudanças no seu estilo de vida devem ser feitas com urgência. Dê prioridade a uma avaliação médica completa. A adoção de novos hábitos pode causar algum desconforto, mas não desanime.
Veja Sua Saúde, op. cit.

Na apresentação da Revista *Veja Sua Saúde*, um gráfico mostra o resultado de uma pesquisa conduzida pela Universidade de Stanford, que buscava mostrar o peso relativo dos fatores que fazem uma pessoa viver além dos 65 anos nos países industrializados. O resultado apresentava 10% para a assistência médica, 17% para a

¹¹³ Para lembrar, o conceito de saúde da OMS é o seguinte: “*saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade*”.

questão genética, 20% ligados ao meio ambiente e 53% dependente do *estilo de vida* que se leva. Por estilo de vida, segundo a publicação,

entenda-se uma alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos e alguma tranquilidade para encarar os problemas familiares e profissionais. A receita é simples, mas difícilíssima de ser seguida pela maioria das pessoas. Quem mora numa grande cidade, principalmente, costuma encarar as refeições como um contratempo, ter um dia-a-dia nervoso e ceder com facilidade às tentações do sedentarismo.
Veja Sua Saúde, op. cit.

Coerentemente com o conceito elástico de saúde apresentado no início da reportagem, as práticas que regem um *estilo de vida* saudável vão além de evitar ou combater doenças. Elas se enquadram em uma perspectiva preventivista, que parece ter tomado conta do discurso sobre o binômio saúde/doença, com certa inclinação para o primeiro termo. Estamos frente a um idioma que poderia ser chamado da ‘saúde’, e não da ‘doença’: vitaminas retardam o envelhecimento, uma postura considerada saudável aumenta a sua expectativa de vida e o consumo de alguns medicamentos melhora a sua *qualidade de vida*, ao combater não apenas a doença específica, como por exemplo a obesidade, mas também outras doenças correlacionadas, como o diabetes e a hipertensão. Esta conexão entre diversas ‘atitudes saudáveis’ no cotidiano com o objetivo de ter mais saúde fica visível no discurso de uma usuária de medicamentos antidepressivos e para controle da obesidade entrevistada durante o trabalho de campo:

porque é uma coisa engraçada, depois de algum tempo a gente vai chegando à conclusão de que isso tudo está imbricado: a alimentação com o estado depressivo com o exercício físico, mesmo que seja só caminhada, como tudo isso tem que fazer parte da tua vida cotidiana. E o lazer, que é uma coisa que eu não faço muito, porque como eu adoro trabalhar, eu me divirto trabalhando, só que assim não funciona.

Joana, usuária de antidepressivos e controladores da obesidade

O discurso da *qualidade de vida*, então, encontra eco e entrada em diversos aspectos, hábitos e práticas dos indivíduos. Com isso, poderíamos afirmar que se formou uma espécie de cultura da *qualidade de vida*, especialmente no contemporâneo urbano de classe média. Trata-se de uma palavra-chave do cotidiano, com diversas possibilidades de uso. Logo, estamos frente a um campo cultural que vai muito além do uso de certas pílulas. Mas também é verdade que o grande sucesso comercial e simbólico de medicamentos como o Prozac, o Viagra e o Xenical é uma das faces bastante visíveis desta cultura, visto que tanto as doenças relacionadas a

estes fármacos quanto as marcas de remédios específicos são divulgadas sob a bandeira da *qualidade de vida*.

CONCLUSÃO

Ao trabalhar com um campo cultural cujas fronteiras são de difícil definição, estou aceitando uma certa precariedade que parece ser da natureza das ciências sociais. Resta agora o teste da recepção crítica do texto pelos pares, e também pelos informantes, que cederam os seus discursos.

Pretendo aqui rematar o trabalho apontando algumas breves conclusões e possíveis continuidades para esta pesquisa.

No choque entre o discurso dos usuários das pílulas e o discurso dos agentes da biomedicina, não há unanimidade no sentido atribuído ao desconforto – e mesmo quanto à existência de um desconforto. À naturalização do corpo, da doença e do tratamento, a qual norteia o discurso dos agentes da biomedicina oficial, os usuários respondem com uma valorização da sua história individual; é apenas em relação a esta que a doença e o medicamento recebem sentido. A partir desta primeira análise, em linhas gerais, percebe-se que os discursos não estão em pólos opostos. Trata-se de diferentes visões de mundo em conflito, diálogo e constante intercambialidade. A idéia de “circularidade cultural” é importante para entendermos que o discurso da biomedicina oficial e o discurso leigo não devem ser entendidos de forma maniqueísta.

A emergência de um discurso técnico e de um aparato de tratamento sobre um sintoma patologizado tem como conseqüência uma atribuição maior da responsabilidade pela sua saúde ao indivíduo ele mesmo. Por isto, quando eu perguntava, durante as entrevistas, sobre o porquê do consumo da pílula, muitas vezes a resposta se resumia a um “por que não, se ela existe?”. A existência do sintoma e/ou a sua cura é com freqüência creditado a uma mudança no *estilo de vida* do indivíduo. Trata-se, esta, de uma categoria nativa, utilizada tanto por médicos e laboratórios farmacêuticos quanto por usuários e leigos em geral. Mudar o *estilo de vida* e ganhar mais *qualidade de vida* é um esforço que cabe a cada um realizar. Saúde, aqui, não é o oposto simétrico da idéia de doença;

utiliza-se uma linguagem da saúde entre os usuários, não necessariamente como resposta a uma patologia.

Obesidade, depressão e disfunção erétil são constantemente classificadas como doenças epidêmicas pelo discurso biomédico. Os números veiculados realçam este caráter, mas ao mesmo tempo lançam uma dúvida sobre os critérios utilizados para marcar os limites entre saúde e doença. Quando quase 50% das pessoas que respondem a uma pesquisa *podem estar apresentando* algum grau da doença em questão, o estado patológico passa a não ser mais uma exceção. As fronteiras entre estados físicos saudáveis ou não passam a ser cada vez mais grises, difíceis de definir. Uma pesquisa pode demonstrar que 47% dos homens pesquisados apresentam algum grau de disfunção erétil; mas o que significaria exatamente “algum grau”? No que se refere à depressão e ao uso de antidepressivos, as fronteiras da doença também me parecem tênues. Ao menos entre as classes médias, expressões tais como depressão, depressivo, deprimido e outras de campos semânticos aproximados, como “estresse”, ocupam, no uso que delas se faz, o espaço que já foi da tristeza ou da melancolia.

Quanto ao volume de usuários, se confiarmos nos números fornecidos pela mídia e pelas indústrias farmacêuticas, ele não pára de crescer – e com ele a percepção do caráter epidêmico das doenças obesidade, depressão e disfunção erétil. Tal como em “O Alienista”, de Machado de Assis, os limites entre normalidade e patologia ficam confusos.

Desdobramentos deste trabalho deveriam aprofundar a questão da Pessoa moderna, levando em conta que antropólogos, médicos e usuários dividem uma visão de mundo que privilegia a noção de “indivíduo” e está assentada sobre uma noção específica e obsessiva de Pessoa” (Duarte, 1998:19).

Caberia ainda confrontar os dados desta etnografia com a vasta bibliografia produzida sobre o “corpo”, entendido, obviamente, não nos seus aspectos fisiológicos, mas como um corpo que serve como veículo de representações da cultura, um corpo historicizado.

Tais conexões são apresentadas aqui apenas como um projeto para o futuro. Lamentavelmente, diretrizes que obrigam a um encurtamento temporal dos

cursos de mestrado exigem estes últimos do seu caráter de pesquisa aprofundada. Concluir os créditos exigidos e em seguida realizar uma etnografia atenta (por mais recortada que esta seja), dialogar com a teoria e escrever um texto de caráter realmente investigativo e abrangente, com uma dimensão teórica amadurecida pela reflexão, passa a ser um resultado que, se ainda caracterizado nestes termos, já não é mais razoável esperar. Faz-se o que é possível fazer – talvez aceitando-se, com certa frustração os limites impostos pela nova configuração do curso. O debate acerca de ser ela superior ao modelo que vigia a até um par de anos atrás continua, receio, aberto.

Quanto a esta pesquisa, é claro que muito do material recolhido ficou por analisar. O processo de refinamento da pesquisa fica para um próximo momento, em artigos ou mesmo em uma eventual nova etapa de pós-graduação.

BIBLIOGRAFIA

- AZIZE, Rogerio Lopes. *Metáforas da masculinidade: um estudo de caso com consumidores de Viagra*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. Mimeo.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- CANGUILHEM, George. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982. 2ª ed.
- DUARTE, Luis F. D. O culto do eu no templo da razão. *Boletim do Museu Nacional*, n.41. Rio de Janeiro, 1983.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel. (orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- DUARTE, Luis Fernando Dias. Pessoa e dor no Ocidente. *Horizontes antropológicos*. Porto Alegre, p. 13-28, outubro de 1998.
- DUMONT, Louis. *O individualismo*. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- FIGUEIRA, Sérvulo. (org.) *Efeito psi. A influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos Editora S.A., 1989.
- GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Unesp, 1992.
- GOOD, Byron J. O coração do problema: a semântica da doença no Irã. (tradução de 'The heart of what's the matter'. *Culture, medicine and psychiatry*, 1: 25-98, 1977. Tradução para utilização interna no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFSC, por Ana Maria da Fonseca de Oliveira Batista).
- GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci. and Medicine*. V.12. p. 85-93.
- KLEINMAN, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. USA: Basic Books, 1988.

- LANGDON, Jean. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In SANTOS, Ricardo, COIMBRA, Carlos E. A. *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. P. 115-142.
- LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- LEFÈVRE, Fernando. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974. v.1. p. 1-36.
- LEVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. 5 ed. p. 215-236.
- LIEBAN, Richard W. From illness to symbol and symbol to illness. *Soc. Sci. Med.* V.35. N. 2. p. 183-188. Pergamon Press.
- MALUF, Sônia Weidner. *Les enfants du verseau au pays des terreiros. Les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au sud du Brésil*. Tese. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.
- MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'. In MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974. v.1. p. 207-241.
- MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974. v.1. p. 207-241.
- MINER, Horace. Ritos corporais entre os Nacirema. Tradução mimeo. In: A.K. Rooney e P.L. de Vore (orgs). *You and the others - readings in introductory anthropology*. Cambridge: Erlich, 1976.
- MUNSON, Monica Toaldo. *A "cultura da manequim", anorexia e bulimia: uma reflexão antropológica sobre cultura e doença*. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. Mimeo.
- OBEYESEKERE, Gananath. Depression, buddhism and the work of culture in Sri Lanka. In KLEINMAN e GOOD. (eds.). *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: Un. of California Press, 1985. p. 134-152.
- O'NEILL, Carl, SELBY, Henry A. Sex differences in the incidence of susto in two Zapotec pueblos: an analysis of the relationship between sex role expectations and a folk illness. *Health and human condition*. LOGAN e HUNT (orgs.) Mass, Duxbury Press. P. 271-280.
- PIGNARRE, Philippe. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- PORTER, Roy. "Expressando sua enfermidade": a linguagem da doença na Inglaterra georgiana. In BURKE, Peter e PORTER, ROY. (orgs.) *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993. (Biblioteca Básica)
- QUEIROZ, Marcos S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cadernos de saúde pública*, 9(3): 272-282. 1993.

- RUBEL, Arthur J., O'NEILL, Carl W., COLLADO, Rolando. La enfermedad popular de susto. *Interciencia*, v.15, n.5, p. 278-296, 1990.
- RUSSO, Jane. Resenha sobre DUARTE, Luiz Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel. (orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, p. 313-16, outubro de 1998.
- SFEZ, Lucien. *A saúde perfeita- crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- STAIANO, Kathryn. Alternative therapeutic systems in Belize: a semiotic framework. *Social Science and medicine*. V. 15B. p. 317-332. 1981.
- TEMPORÃO, José Gomes. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. (Biblioteca de saúde e sociedade, v.12)
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987 [1981].
- VELHO, Gilberto. *Projeto e metamorfose*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- YOUNG, A. The anthropology of illness and sickness. *Annual Review of anthropology*, 11: 257-285
- ZEMPLÉNI, Andras. A "doença" e suas "causas". *Cadernos de Campo*, São Paulo, n.4, p. 137-163, 1994.