

Volume 7

**Iniciação Científica na
Educação Profissional em
Saúde: articulando trabalho,
ciência e cultura**

André Vianna Dantas

Marco Antonio Carvalho Santos

Organização



**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO**



Ministério da Saúde

**FOCIBUZ
Fundação Oswaldo Cruz**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

Mauro de Lima Gomes

Vice-diretor de Ensino e Informação

Marco Antônio Carvalho Santos

Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Marcela Pronko

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

José Orbílio de Souza Abreu

INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: ARTICULANDO TRABALHO, CIÊNCIA E CULTURA

VOL. 7

ORGANIZAÇÃO

Marco Antônio Carvalho Santos
André Vianna Dantas



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Copyright © 2012 dos autores.
Todos os direitos desta edição reservados à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Capa

Zé Luiz Fonseca

Editoração

Marcelo Paixão

Revisão

Bruno Fiúza

Conselho Editorial

André Malhão, EPSJV/Fiocruz
Adriana Geisler, EPSJV/Fiocruz
Angélica Ferreira Fonseca, EPSJV/Fiocruz
Cláudio Gomes Ribeiro, EPSJV/Fiocruz
Cristina Araripe, EPSJV/Fiocruz
Gaudêncio Frigotto, Uerj
Isabela Cabral Félix de Sousa, EPSJV/Fiocruz
Isabel Brasil Pereira, Ensp/Fiocruz e Uerj
Jailson Alves dos Santos, Educação/UFRJ
Jairo Dias de Freitas, EPSJV/Fiocruz
José Roberto Franco Reis, EPSJV/Fiocruz
José Rodrigues, Educação/UFF

Lúcia Neves, EPSJV/Fiocruz
Luiz Fernando Ferreira, Ensp/Fiocruz
Márcio Rolo, EPSJV/Fiocruz
Marco Antônio Carvalho Santos, EPSJV/Fiocruz
Maria Amelia Costa, EPSJV/Fiocruz
Maria Ciavatta, UFF
Marise Ramos, EPSJV/Fiocruz e Uerj
Maurício Monken, EPSJV/Fiocruz
Roseli Caldart, Iterra e MST
Roseni Pinheiro, IMS/Uerj
Tânia Cremonini de Araújo-Jorge, IOC/Fiocruz
Virgínia Fontes, EPSJV/Fiocruz e UFF

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S237i Santos, Marco Antônio Carvalho (Org.)

Iniciação científica na educação profissional em saúde: articulando trabalho, ciência e cultura, volume 7 / Organização de Marco Antônio Carvalho Santos e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2012.

652 p. : il.

ISBN: 978-85-98768-63-2

1. Educação Profissionalizante. 2. Pesquisa 3. Saúde.
4. Assistência Social. 5. Música. 6. Iniciação Científica.
I. Título. II. Dantas, André Vianna.

CDD 370.113

SUMÁRIO

Apresentação	9
Equoterapia: uma abordagem qualitativa Ana Carolina Alves da Costa	11
Indústria cultural, mitos e legiões: o que mantém Renato Russo vivo? Ana Paula de Souza Gomes	29
A boca fala aquilo de que o córtex está cheio: neurobiologia das emoções – estudo dos mecanismos do processamento neural das emoções e suas manifestações fisiológicas Ana Paula do Nascimento	51
Criminalização da pobreza nas favelas do Rio de Janeiro Ângela Maria Abreu e Silva	79
O espaço urbano do Rio de Janeiro: diferenças, interações e preconceitos entre a Zona Sul e o subúrbio da cidade Ângelo Ferreira de Almeida	103
Terapia celular em pacientes cardiopatas chagásicos crônicos: estudo da doença de Chagas e perspectivas no campo da medicina regenerativa Beatriz Batemarco dos Santos	127

**O acolhimento aos usuários de crack:
estudo da atenção em saúde na
lógica de redução de danos** **155**

Carolina Bárbara Duarte Silva de Oliveira

**Interfaces entre comunicação e participação
social no campo da saúde: uma análise da
produção científica sobre o tema** **189**

Fernanda Fernandes Maceira

**Carlos Chagas e a descoberta da doença de
Chagas: a grande descoberta e o estudo
do agente etiológico** **219**

Gabriel Henrique Duarte e Silva

**Globalização em Milton Santos e as
formas de explicar saúde e doença:
um esforço de aproximação** **249**

Guilherme Chalo Nunes

**Endometriose: análise sobre a doença,
sua sintomatologia, seu diagnóstico, seu
tratamento e sua influência na vida da mulher** **275**

Helena Silva do Nascimento

**Mecanismos de regulação da homeostase
corporal em *diabetes mellitus*: a constante
busca do organismo humano por sua
sobrevivência** **299**

Igor José da Silva

**Discurso publicitário e medicamento:
o uso de *slogans*** **329**

Isabela Braga de Moura

Educação audiovisual crítica: uma análise da experiência cineclubista como processo de formação **355**

Jean Carlos Pereira da Costa

O desafio de promover a saúde dos portadores de doença de Alzheimer diante do rápido envelhecimento populacional do Brasil: o caso das políticas públicas de atenção à saúde do portador de doença de Alzheimer na cidade do Rio de Janeiro **389**

Larissa Jatobá

Impactos ambientais dos estaleiros da ilha da Conceição sobre a baía de Guanabara **421**

Lorena Portela Soares

O grêmio é uma fonte de conscientização política? A influência das organizações estudantis no processo de educação política da juventude **449**

Mariana Siracusa Nascimento

Considerações sobre a influência da medicina colonial no desenvolvimento da farmácia brasileira **477**

Nicolas do Nascimento Cavalcante

Concepções e práticas na precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: apontamentos sobre o município do Rio de Janeiro **501**

Ramón Chaves Gomes

Funk carioca: do ritmo criminalizado ao movimento político-cultural

Raphael Calazans

De Goethe a Steiner: a formulação da pedagogia Waldorf sob a égide da antroposofia

Renan Ferreira Veltman

Sobre *designer babies*: questões éticas envolvidas na modificação genética de seres humanos

Stephanie Lema Suarez Penetra

Medicina para o SUS? Qual medicina? um estudo sobre as bases epistemológicas e políticas da biomedicina e sua relação com o princípio da integralidade

Victor Senna Diniz

APRESENTAÇÃO

Idealizada pela EPSJV como forma de reafirmar o compromisso, por mais este canal, com a máxima divulgação de sua produção científica, a série *Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde* chega ao seu sétimo volume, trazendo ao público os primeiros trabalhos científicos de fôlego de nossos jovens estudantes do curso de formação profissional de nível médio em saúde, no âmbito do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura (PTCC).

Criado em 2001, pensado e distribuído ao longo das três séries da formação regular, o PTCC tem como culminância a elaboração e a defesa de uma monografia, cuja escolha do tema é de responsabilidade do próprio formando, e que se configura como um dos requisitos indispensáveis para a integralização e finalização do curso. O que o leitor tem em mãos, portanto, é um extrato desta produção recente. Aos educandos que, em um primeiro momento, tiveram o seu trabalho indicado para publicação pela banca de defesa de monografia, foi solicitado que produzissem, a partir do formato monográfico original, um artigo simples, que condensasse, em espaço mais estreito, o essencial do debate promovido nas monografias. Na sequência, todos os artigos enviados foram submetidos à análise de pareceristas, que recomendaram ou não a publicação, bem como a ajustes, acréscimos e reduções, no todo ou em parte. Deste processo resultou o conjunto de artigos que integram o presente volume.

A todos, uma boa leitura!

André Vianna Dantas
Marco Antonio Carvalho Santos

EQUOTERAPIA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA¹

Ana Carolina Alves da Costa²

INTRODUÇÃO

Este artigo faz um estudo acerca da zooterapia, abordando uma de suas técnicas: a Equoterapia. O estudo deu-se por meio da investigação prática e teórica dessa técnica, no qual foram avaliados os benefícios trazidos por ela a partir dos resultados obtidos com pacientes, bem como pela exposição dos fundamentos científicos nos quais esses resultados se apoiam.

Nesse sentido, este trabalho mostra o papel dos animais em tratamentos de saúde a partir de estudos recentes, e também discute os critérios de cientificidade da Equoterapia à luz da filosofia da ciência.

Analisa-se, com relação à técnica, se a aplicação da mesma provoca efeitos positivos em aspectos físicos, e também psicológicos, do paciente. Além da tentativa de averiguar se a técnica é bem divulgada e se há um reconhecimento da mesma, não só pela medicina como pela população em geral.

Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida de forma qualitativa, por meio da realização de entrevistas com pacientes e profissionais, a fim de (a) avaliar se a Equoterapia está disponível a toda a população; (b) procurar esclarecer como é custeado o acesso dos pacientes ao tratamento no Centro de Equoterapia e Reabilitação da Vila Militar (CERVIM); (c) verificar se os pacientes observaram resultados positivos, e se estão satisfeitos com o tratamento e (d) averiguar a opinião e a percepção dos profissionais

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0030.0.408.000-10.

² Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Direito na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação das professoras-pesquisadoras Tânia de Oliveira Camel (doutora em História e Filosofia da Ciência) e Viviane dos Ramos Soares (mestre em Linguística), ambas do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: carolalves115@hotmail.com.

quanto aos benefícios da técnica, se apenas físicos (mensuráveis), ou se também psicológicos.

Pretende-se também que este artigo ajude na divulgação da técnica da Equoterapia, já que a mesma não é muito conhecida no Brasil, e tem se mostrado eficiente no tratamento de diversas patologias, atuando não apenas no lado físico, mas também no psicológico, muitas vezes integrando ambos em uma só técnica.

EQUOTERAPIA

A Equoterapia é definida como “um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de Saúde, Educação e Equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais” (MEDEIROS; DIAS, 2002).

Sendo assim, é um tratamento que objetiva o desenvolvimento e a reabilitação dos portadores de deficiência, trazendo benefícios físicos, psicológicos e cognitivos.

O primeiro registro de atividade equestre ligada a um hospital foi em 1901, na Inglaterra, no Hospital Ortopédico de Oswestry, onde uma dama inglesa, patronesse do hospital, resolveu utilizar seus cavalos a fim de quebrar a monotonia no tratamento dos mutilados, que eram muitos, devido à guerra dos Boers. Foi, entretanto, em 1917, no Hospital Universitário de Oxford, que o primeiro grupo de Equoterapia se constituiu, também com o objetivo de quebrar a monotonia e trazer um pouco de lazer ao tratamento dos feridos da Primeira Guerra Mundial.

Depois disso, o cavalo entrou definitivamente para a terapia médica, sendo os países escandinavos os primeiros a empregá-los, seguidos pela Alemanha, França e Inglaterra.

Deve-se destacar que grande parte do estímulo pela atividade foi gerado a partir do caso da dinamarquesa Liz Hartel, que, aos 16 anos, vítima da poliomielite, continuou a praticar equitação, mesmo indo contra as indicações médicas, e conseguiu medalhas em duas Olimpíadas, 1952 e 1956, competindo com os melhores cavaleiros do mundo. Isso chamou

a atenção da classe médica, e, em 1954, surgiu, na Noruega, a primeira equipe interdisciplinar formada por uma fisioterapeuta e seu noivo, que era psicólogo e instrutor de equitação. Em 1965, nasceu a reeducação equestre na França, e, ao notarem sua importância quanto à possibilidade de o portador de deficiência se recuperar e valorizar seu potencial, a Equoterapia se tornou matéria didática universitária na Universidade de La Salpêtière (Paris) e, em 1969, foi realizado o primeiro trabalho científico sobre o assunto, no Centro Hospitalar Universitário da mesma universidade. Em 1972, foi defendida a primeira tese de doutorado em Medicina sobre reeducação equestre, na Universidade de Paris – Val-de-Marne, pela Dra. Collete Picart Trintelin, e, dois anos após a defesa, foi realizado em Paris o 1º Congresso Internacional, que se repete a cada três anos (MEDEIROS; DIAS, 2008).

Esse recurso terapêutico só começou a ser valorizado no Brasil em 1989, na Granja do Torto, em Brasília, com a ANDE/Brasil (Associação Nacional de Equoterapia), com o apoio dos profissionais do Hospital do Aparelho Locomotor – SARAH. Já no Rio de Janeiro, esse trabalho teve início com a equipe da Escola de Equitação do Exército em 1991.

Em 1995, a hipoterapia foi incluída na grade do curso de Fisioterapia da Universidade Gama Filho e, em 1999, foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Equoterapia. Em 2004, ocorreu o I Congresso Ibero-Americano de Equoterapia, e em 2006 teve sede pela primeira vez no Brasil o XII International Congress of Therapeutic Riding, em Brasília.

Apesar de não ser uma técnica nova, o interesse científico pela área ainda é recente, e por esta razão carece de pesquisas. Todavia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou, em Sessão Plenária de 9 de abril de 1997, o parecer 06/97, que reconhece a Equoterapia como técnica a ser incorporada ao arsenal de métodos e técnicas direcionadas aos programas de reabilitação de pessoas com necessidades especiais (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 1999).

Na Equoterapia, para que seja atingido o melhor desenvolvimento biopsicossocial almejado para os pacientes, deve-se investir na melhor qualidade de vida possível para toda a equipe, inclusive o cavalo, por isso é ideal que os animais sejam acompanhados por veterinários e que este-

jam com os programas de vacinação e vermifugação em dia. Importante também é o controle de vetores e ectoparasitas no centro, já que a disseminação dos mesmos pode comprometer a saúde dos equinos, deixando-os vulneráveis a doenças e a zoonoses (MEDEIROS; DIAS, 2008).

Os cavalos utilizados na Equoterapia podem ser de diferentes raças, ou até mesmo sem raça definida, porém é primordial que ele apresente uma boa movimentação, e de preferência as três andaduras naturais, que são: o passo, o trote e o galope. A mais utilizada é o passo, que se assemelha ao movimento que fazemos com o quadril ao andar, pois é ritmado, cadenciado e em quatro tempos, o que faz com que o dorso do cavalo produza e transmita ao cavaleiro uma série de movimentos sequenciados e simultâneos, resultando em um movimento tridimensional (para cima e para baixo, para um lado e para o outro, para frente e para trás), exigindo do paciente equilíbrio e postura para se manter sobre o animal, obrigando o paciente a realizar um movimento que ele não seria capaz de realizar sozinho. Além disso, esse paralelismo entre o andar humano e o passo do cavalo, evidenciado pelo movimento tridimensional, que está presente em ambos, favorece ao paciente a construção de percepção desse movimento, que em muitos casos não pôde ser vivenciada. O trote e o galope são andaduras saltadas, ou seja, em algum momento o cavalo apresenta todos os membros em suspensão, sendo assim o esforço tende a ser maior e os movimentos mais rápidos e bruscos, exigindo uma força maior do cavaleiro para que ele possa acompanhar os movimentos, e por esse motivo as duas andaduras são utilizadas apenas em pacientes nas fases pré-esportiva ou esportiva, na Equoterapia, já que esses pacientes apresentam uma maior condição motora do que os pacientes nas outras fases (MEDEIROS; DIAS, 2008).

Outra característica de total relevância quanto ao cavalo é sua frequência, que se dá em função do comprimento do passo e da velocidade da andadura. Há três tipos de frequência: transpistar, em que o cavalo apresenta um passo de longo comprimento, onde sua pegada ultrapassa a pegada anterior e a frequência é considerada baixa; sobrepistar, em que a frequência é média e a pegada coincide com a pegada anterior, e antepis-

tar, em que o comprimento do passo é curto e a pegada antecede a marca da pegada anterior, sendo a frequência alta (MEDEIROS; DIAS, 2008).

É importante que haja nos centros de Equoterapia pelo menos um cavalo com cada tipo de frequência, pois como ela afeta diretamente o tratamento, a frequência escolhida deverá ser a que tem melhor adequação ao tônus muscular do paciente.

O objetivo da Equoterapia é auxiliar na aquisição e no desenvolvimento das funções psicomotoras, por meio da utilização do cavalo como instrumento terapêutico, o que exige do cavaleiro planejamento e criação de estratégias, e acaba por desenvolver e potencializar as habilidades motoras e atitudes conceituais (MEDEIROS; DIAS, 2002).

A Equoterapia fundamenta-se na neurofisiologia, na biomecânica, na psicologia e na ciência cognitiva, o que faz com que a técnica atenda a uma série de manifestações clínicas (MEDEIROS; DIAS, 2008).

É importante ressaltar que apenas pelo alinhamento gravítico entre homem e cavalo, sendo estes imóveis um em relação ao outro e móveis em relação ao solo, é possível acionar o sistema nervoso e estimular o desenvolvimento neuromotor, como melhora do equilíbrio, ajuste tônico, alinhamento corporal, consciência corporal, coordenação motora e força muscular (MEDEIROS; DIAS, 2002).

A Equoterapia proporciona a melhoria do equilíbrio do paciente, através dos estímulos constantes realizados sobre os sistemas vestibular, cerebelar e reticular do paciente, pelo movimento tridimensional, que é gerado quando os centros gravitacionais do cavalo e do praticante estão unidos entre si e ocorre uma movimentação contínua do cavalo, desencadeando uma movimentação contínua da cabeça e do tronco do praticante nos três planos do espaço. Outro fator é o ajuste tônico, pois partindo do princípio de que o ato motor se baseia em duas atividades, a de sentir e perceber, e a de realizar o movimento, o dinamismo da Equoterapia facilita o aprendizado motor ao estimular os três sistemas sensoriais que são os responsáveis pelo mesmo: os sistemas vestibular, visual e proprioceptivo, levando a mudanças na organização e no número das conexões neurais, melhorando os níveis de atenção e, conseqüentemente, de aprendizado (MEDEIROS; DIAS, 2002).



Outro fator no qual a Equoterapia atua é na coordenação motora, já que o paciente com alterações neuromotoras, através do movimento tridimensional, melhora o equilíbrio, adequa o tônus muscular e executa um alinhamento corporal. Como consequência dessa maior estabilidade de eixo, o indivíduo, por meio das propostas lúdicas, apresenta melhora no controle seletivo do movimento, o que adequa as funções manuais (MEDEIROS; DIAS, 2008).

A força muscular também é estimulada, através dos reajustes corporais constantes, que são proporcionados pelas atividades sugeridas pelo terapeuta, ao longo da sessão, de acordo com as necessidades do paciente e pelo deslocamento do centro gravitacional (MEDEIROS; DIAS, 2008).

Os benefícios psicossociais da Equoterapia são gerados pela motivação, que impulsiona o paciente pelo desejo de prazer, conseguindo atrair a atenção e aumentar o grau de concentração, iniciativa, autoestima, autocontrole e autoconfiança, o que gera liberdade e independência para uma maior interação social (MEDEIROS; DIAS, 2008).

É importante ressaltar que os objetivos finais do tratamento variam de acordo com o caso a ser tratado, portanto é feita uma avaliação antes do início do tratamento, na qual os objetivos e as diretrizes terapêuticas são traçados de acordo com a necessidade maior do praticante.

Cada paciente deve ser direcionado ao programa de tratamento de acordo com suas capacidades físicas e mentais, de acordo com a avaliação da anamnese, e a partir daí será traçado um plano terapêutico individualizado, e que será constantemente reavaliado (MEDEIROS; DIAS, 2002).

Cada indivíduo com deficiência e/ou necessidades especiais tem seu “perfil”, que o diferencia dos demais. Isso faz com que haja a necessidade da criação de “programas personalizados”, que funcionem de acordo com a necessidade do paciente, com a finalidade do programa e com os objetivos a serem alcançados, tendo duas ênfases:

- a primeira, com intenções terapêuticas, e utilizando técnicas que visem à reabilitação física e/ou mental;
- a segunda visando a fins educacionais e/ou sociais, aplicando técnicas psicopedagógicas, tendo como objetivo integração ou reintegração sociofamiliar.

A Equoterapia é dividida em três áreas de aplicação, que são a reabilitação, para pessoas com deficiência física e/ou mental; a educação, para pessoas com necessidades educativas especiais e a social, para pessoas com distúrbios evolutivos ou comportamentais (MEDEIROS; DIAS, 2008).

São quatro os programas básicos: Hipoterapia, Reeducação Equestre, Pré-esportivo e Prática Esportiva Paraequestre.

A Hipoterapia é um programa voltado para as pessoas com deficiência física e/ou mental. Nesse caso, o participante não tem condições de se manter sozinho no cavalo, portanto não pratica a equitação, necessitando de um auxiliar-guia para conduzir o animal, e, na maioria dos casos, também de um auxiliar lateral para lhe dar segurança e mantê-lo montado. Como a ênfase das ações é dos profissionais da saúde, é preciso um terapeuta para que os exercícios programados sejam executados. Nesse programa, o cavalo é usado como instrumento cinesioterapêutico.

No caso da Reeducação Equestre, o paciente já possui alguma atuação sobre o cavalo, e pode até conduzi-lo, dependendo menos dos auxiliares lateral e guia. Pode ser utilizado tanto na área da saúde quanto na área da educação/reeducação. O praticante já passa a interagir com o meio e com o animal com intensidade, e o cavalo continua a oferecer benefícios pelo seu movimento tridimensional, atuando como instrumento pedagógico.

O programa Pré-esportivo é onde o praticante já se mostra com condições para atuar e conduzir o cavalo e, apesar de não praticar equitação, pode participar de pequenos exercícios de hipismo programados pela equipe. A ação do profissional de equitação é maior, embora ainda haja intervenção por parte dos profissionais de saúde e educação. O cavalo é utilizado como instrumento de inserção social.

O programa de Prática Esportiva Paraequestre tenciona preparar a pessoa deficiente para competições paraequestres, com o objetivo de que ela sinta prazer pelo esporte como estimulador de efeitos terapêuticos, melhoria na autoestima, na autoconfiança e na qualidade de vida, proporcionando inserção social, e para a preparação de atletas de alta performance. Este programa foi criado após quinze anos de institucionali-

zação da ANDE/Brasil, que resolveu criá-lo depois de apoiar competições paraolímpicas, e também com o aparecimento do Hipismo Adaptado.

Normalmente o praticante começa com a prática da Hipoterapia, ou da Reeducação Equestre, e vai evoluindo para as outras duas modalidades. É preciso ressaltar, porém, que a evolução do paciente como um todo não está diretamente ligada à passagem por todos os programas, já que isso depende de vários fatores, como a patologia em si, que nem sempre permite essa mudança, além do objetivo do tratamento e até mesmo da vontade pessoal. Sendo assim, a pessoa pode ter melhoras consideráveis e continuar numa mesma modalidade, mas isso não significará que o tratamento não está sendo positivo.

É adequado que a Equoterapia seja praticada uma vez por semana apenas, excetuando-se casos especiais, que devem ser analisados criteriosamente pela equipe, pois ela é uma atividade de suporte, não devendo substituir as intervenções convencionais.

A Equoterapia é indicada no tratamento de diversas patologias, entre elas ortopédicas, neuromusculares, cardiovasculares e respiratórias. Também há as contraindicações, que são divididas entre relativas e absolutas.

As atividades equoterápicas devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar e envolvendo o maior número possível de áreas dentre os campos da saúde, da educação e da equitação. Os profissionais também devem ser especializados na reabilitação e/ou educação de pessoas com necessidades especiais/deficiências.

Entre os profissionais que compõem as equipes estão: fisioterapeutas, com função de avaliar, eleger e traçar objetivos terapêuticos, manter a evolução atualizada e a interação em paralelo com a equipe de atuação, promovendo a troca de informações e unidirecionando os objetivos do tratamento; instrutores de equitação, responsáveis pela escolha e pelo treinamento do animal, além do ensino da equitação; auxiliares-guia, responsáveis pelo controle do cavalo e pela andadura ritmada; auxiliares laterais, responsáveis pelo apoio físico, participação nas atividades propostas e observação da postura do cavaleiro; e veterinários, que têm a função de cuidar dos animais e instruir os tratadores quanto ao manuseio correto,

além de, em alguns casos, incluir psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (MEDEIROS; DIAS, 2008).

O atendimento é precedido de diagnóstico, indicação médica e avaliação de profissionais das diferentes áreas, a fim de planejar o programa individual. O paciente deve ter parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica.

A formação da equipe leva em consideração o programa a ser executado, os objetivos a serem atingidos e a finalidade do programa. A equipe básica de um centro, para se filiar a ANDE/Brasil, deve ser composta por três profissionais: um fisioterapeuta, um psicólogo e um profissional de equitação.

Outro ponto importante é que a equipe é responsável pela segurança física do praticante, devendo ficar atenta ao comportamento do cavalo, aos equipamentos de montaria, à vestimenta do cavaleiro e ao local de montaria.

A ANDE/Brasil é uma sociedade civil, de caráter filantrópico, terapêutico, educativo, cultural, desportivo e assistencial, sem fins lucrativos, com sede em Brasília, no Distrito Federal, é a responsável pela prática de Equoterapia no território nacional. Ela é filiada à entidade internacional de Equoterapia, *The Federation Riding Disabled International (FRDI)*, como membro pleno, presta consultoria técnica em Equoterapia à Sociedade Brasileira de Medicina Física e de Reabilitação e conta com o apoio sistemático da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), da Presidência da República.

As principais finalidades da ANDE são:

- contribuir para a reabilitação e educação de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais, mediante a prática da Equoterapia;
- normatizar, supervisionar, controlar e coordenar, em âmbito nacional, a prática da Equoterapia;
- colaborar com órgãos governamentais ou não governamentais para a execução das mesmas ações acima mencionadas junto a outras entidades que pratiquem qualquer terapia com o emprego do cavalo;



- capacitar recursos humanos, promovendo e estimulando a realização de cursos, pesquisas, estudos e levantamentos estatísticos, proporcionando condições para o avanço científico-tecnológico e para a formação de pessoal técnico especializado;
- estimular e apoiar a implantação e o desenvolvimento de Centros de Equoterapia, com a observância dos mais rígidos padrões de ética, eficiência e segurança;
- utilizar a equitação de forma didático-pedagógica na educação e na formação do caráter de jovens e na inserção e reinserção social de pessoas com distúrbios comportamentais;
- utilizar a competição esportiva como complemento terapêutico e educativo;
- formar recursos humanos nas áreas de equitação e veterinária e outras com estas correlatas; e
- estimular a prática do esporte hípico, principalmente na formação de novos valores.

PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa consiste em uma triangulação de métodos. A partir da análise bibliográfica se constitui um corpo teórico, que permite formular questões acerca do assunto. Essas se desdobram em objetivos a serem atingidos ao longo do trabalho, e é visando atender a esses objetivos, que o questionário de entrevistas foi criado, o que nos conduz à prática, e, portanto, à metodologia, que se traduz no trabalho de campo.

As entrevistas de Equoterapia foram realizadas no Centro de Equoterapia da Vila Militar, localizado em Deodoro, que pertence e é coordenado pela fisioterapeuta Dra. Tânia Frazão, uma das pioneiras desse ramo no país, trabalhando há quase vinte anos na área.

As entrevistas foram realizadas com onze pessoas, sendo cinco delas com profissionais e seis com responsáveis de pacientes, pois todos eles eram menores de idade. Em todas foram utilizados questionários pré-formulados, de acordo com o perfil do entrevistado, além do uso de termo de consentimento livre e esclarecido e/ou de cessão de direito de ima-

gem, sem os quais o material coletado não poderia ser utilizado. Como a pesquisa tem caráter qualitativo, não houve preocupação em entrevistar um grande número de pessoas, pois o mais importante é a análise dos dados que essas pessoas nos fornecem de forma individual, valorizando as particularidades, e não uma análise estatística dos dados, o que é mais característico da pesquisa quantitativa.

Os formulários utilizados foram focalizados, ou seja, apesar de possuírem uma lista de questões que foram submetidas a todos os entrevistados, davam certa liberdade aos mesmos para que pudessem explorar mais determinada temática do que outra, ou de relatar experiências de vida. Seguem abaixo os questionários:

Questionário de avaliação qualitativa: Pacientes/Responsáveis

1. Como você conheceu a técnica?
2. Há quanto tempo você pratica?
3. Tem observado melhoras?
4. Qual o seu quadro clínico?
5. Em qual dos programas você começou?
6. Em qual está no momento?
7. Qual o objetivo final do tratamento?
8. Que outras atividades você também pratica?
9. A equipe que o(a) acompanha é formada por quais profissionais?
10. Qual o seu tipo de vínculo com o centro?
11. Como esse vínculo foi definido?

Questionário de avaliação qualitativa: Profissionais

1. Qual a sua formação profissional?
2. Há quanto tempo você trabalha nessa área/com essa função?
3. Como você começou há trabalhar com isso?
4. Durante o período que você vem trabalhando com isso, qual o nível de melhora que você tem observado nos pacientes, de forma geral?
5. Qual a sua opinião sobre a técnica?
6. Você acha que esse campo tem o reconhecimento que merece?
7. Se não, o que você acha que poderia ser melhorado?

8. A maioria das pessoas que busca o tratamento, o conhece por que meio?
9. Na sua opinião, a técnica é bastante divulgada ultimamente, ou isso continua sendo um desafio?
10. Você acredita que a técnica é acessível para os diferentes níveis sociais ou ainda é muito restrita?

Dentre os cinco profissionais foram entrevistados três fisioterapeutas, sendo um deles a própria Dra. Tânia Frazão, que é também responsável pelo centro, uma psicóloga e um professor de equitação. Foram escolhidos profissionais de diferentes áreas propositalmente, com o intuito de verificar a formação necessária para trabalhar utilizando a técnica, se os profissionais a consideram eficaz e se a multiplicidade de abordagens que a técnica permite resulta em progresso para o paciente. Além disso, também era de interesse verificar se o modo com o qual encaram a técnica está ou não relacionado à área de atuação do profissional em questão, além de analisar se há alguma relação entre as respostas.

Ao comparar as cinco entrevistas, é perceptível que algumas coisas são comuns a todas elas, assim como outras parecem ser pontos bem polêmicos, afinal, são expostas várias opiniões. Todos os entrevistados acreditam que a técnica tem bons resultados, físicos e cognitivos, não só pelo que o cavalo oferece, como também pelo ambiente em si, que acaba sendo favorável ao psicológico do paciente. O diferencial oferecido pelo ambiente em relação a outras terapias faz com que a Equoterapia não pareça, de fato, um tratamento, como podemos ver nos trechos abaixo, retirados das entrevistas:

É um tratamento em que a melhora é bem rápida, em comparação aos outros, você vê a melhora muito rápida nos pacientes. (Fisioterapeuta)

(...) o paciente vai criando vínculo afetivo (com o cavalo), e isso vai rompendo barreiras psíquicas, isso proporciona um bem-estar, e mesmo fora disso aí, a fisioterapia, que se é executada no cavalo, traz benefícios tão bons quanto os da sala, quiçá melhores (...) (Professor de equitação)

Os meios pelos quais as pessoas mais procuram a técnica também é um consenso para os entrevistados, afinal todos eles citam o conhecimento de outros pacientes como fator principal, juntamente com outros fatores que variam de acordo com cada um, como internet, televisão e indicação médica. Exemplos podem ser vistos nos depoimentos abaixo, relativos às respostas dadas para esta questão:

Através de *site*, através de informação de pessoas que estão aqui (...). (Professor de equitação)

Através de indicação médica e de outros pais. (Psicóloga)

Normalmente é por outro pai, às vezes tá em algum lugar fazendo tratamento, algum pai comenta, então normalmente é por outro pai. (Fisioterapeuta)

Quanto ao fato de a técnica ser ou não restrita, as respostas variam, porém todos apontam que o centro oferece bolsas, e isso ajuda a não elitização. Em relação à divulgação e ao reconhecimento, houve mais controvérsias, pois enquanto os três primeiros entrevistados afirmam que ela não tem o reconhecimento que merece, nem é bastante divulgada, o quarto já discorda, e diz que ela é reconhecida e divulgada, opinião mais parecida com a da quinta entrevistada, que afirma que apesar de a técnica ser reconhecida pelos médicos, normalmente as pessoas comuns não sabem de sua existência, e por isso a divulgação é relativa. Tais divergências podem ser vistas nos trechos abaixo:

Eu acho que é pouco divulgado, as pessoas não sabem muito bem o que é, ou como funciona, tem gente que quer questionar sem saber o propósito, ou objetivo científico da coisa. (Fisioterapeuta)

(...) já existem na televisão campeonatos brasileiros de Equoterapia, então já é bem divulgado, já vieram jornalistas aqui da Globo, da Record, então já foi bem divulgado. (Professor de equitação)

Isso depende muito, ela é até divulgada, afinal os médicos conhecem, mas não são todas as pessoas que têm conhecimento sobre ela. (Psicóloga)

Entre os seis pacientes entrevistados havia dois autistas, um portador de deficiência motora, um caso de microcefalia, um caso de hemipare-



sia e um de paralisia cerebral. Também foram entrevistados pacientes de diferentes patologias, com diferentes graus de comprometimento, e em diferentes programas, com o objetivo de avaliar se há relação entre esses fatores e a efetividade do tratamento.

Comparando as entrevistas, há algumas questões que chamam a atenção, como o fato de parte dos entrevistados não saber informar o programa de Equoterapia no qual a criança se encontra, pois não tinham informação nem de quais eram os programas existentes, e de como se dá essa organização, além de que muitas vezes eles conhecem os profissionais pelo nome, não sabendo a função de cada um. Isso demonstra uma falta de conhecimento em relação à metodologia e aos fundamentos das técnicas por parte das próprias pessoas que a estão utilizando como forma de tratamento. Exemplos nos trechos abaixo:

Em qual dos programas? Não sei, isso aí eu não sei te responder, mas acredito que seja a “équo” mesmo, comum, nunca me falaram não... Teve avaliação, mas nunca me passaram, exercício no cavalo, começou assim, hoje ele já faz, já trota sozinho. (Responsável pela criança portadora de deficiência motora)

Olha, isso eu não sei te informar... (Responsável pela criança com microcefalia)

Outro fato a ser comentado é que em todos os casos observou-se melhoras, por mais diferentes que fossem os casos, e afetando de forma diferente os pacientes. Porém, em todos foi possível observar também que a Equoterapia é praticada juntamente com outras técnicas tradicionais, o que confirma o fato de que essa técnica é uma possibilidade de complementação para os tratamentos tradicionais, e não de substituição, portanto os resultados não se devem à Equoterapia isoladamente, mas ao conjunto de tratamentos aos quais o paciente é submetido. É importante ressaltar que isso não diminui em nenhum aspecto a eficácia desse tratamento, afinal ele nunca se dispôs a substituir nenhum outro, mas justamente a complementar, e nesse ponto tem se mostrado eficaz. Para ilustrar isso, temos os trechos abaixo:

Tenho, tenho observado melhoras principalmente na parte motora, que o dela é mais... a deficiência maior é na parte motora. (...) Ela

faz fisio, fono e terapia ocupacional. (Responsável pela criança portadora de paralisia cerebral)

Melhora, ela tem um problema motor que é... meio que paralisia, ela tem hemiparesia do lado esquerdo, os membros são meio paralisados, e quando não faz a équo ela puxa muito a perna (...) Ela faz équo, terapia ocupacional, faz fisio e faz hidro, e fazia fono, mas aí acabou a fono. (Responsável pela criança com hemiparesia)

Com certeza, melhoras no afeto, nos sentidos vestibulares, na concentração, no afeto, ele é muito afetuoso (...) E também na organização mesmo. (...) Natação, ele trabalha com pedagoga, com psicoterapeuta e fonoaudiólogo, tudo com a metodologia ABA. (Responsável pela criança portadora de autismo)

O último aspecto a ser tratado é o de acesso ao tratamento. O Cervim é um centro particular, mas foi possível observar que além de pessoas que pagam o valor integral, há outras que têm acesso ao tratamento de formas variadas, como convênios e apadrinhamento. Com isso, foi comprovado que o centro oferece tratamento a pessoas de diversas classes sociais, e que o centro cumpre com o fundamento estabelecido pela ANDE, de que não deve haver restrição da técnica apenas a pessoas que têm condição de arcar com os custos, pois a mesma não deve ser elitizada, devendo haver filantropia. Algumas das formas de custeio podem ser ilustradas pelos depoimentos abaixo:

Eu pagava particular, quando eu não pude pagar, eu consegui um patrocínio da empresa onde o meu marido trabalha, eu pago, aí levo o recibo, depois pego o reembolso. (Responsável pela criança portadora de deficiência motora)

Tem desconto porque o meu marido é militar, então a gente vem pelo plano do exército, porque é vinculado. (Responsável pela criança portadora de hemiparesia)

Tem convênio com a aeronáutica, a aeronáutica paga uma parte e a gente paga outra, meu marido é da aeronáutica. (Responsável pela criança portadora de paralisia cerebral)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Equoterapia mostrou resultados benéficos, que puderam ser observados através de relatos de pessoas, e também de fontes bibliográficas.

Os resultados alcançados se mostram presentes em maior proporção na área física, apesar de também terem sido observadas melhoras psicológicas em vários casos. Esses resultados psicológicos relatados como uma consequência do tratamento na Equoterapia não podem ser mensurados, pois não há uma comprovação dos mesmos. Segundo Popper (apud GEWANDSZNAJDER, 2010), defensor do racionalismo crítico, técnicas como essas não são válidas, afinal, o conhecimento não pode ser construído fundamentado em hipóteses, leis e teorias que não podem ser testadas. Para ele, o conhecimento só pode ser formado a partir de conjecturas e refutações. As hipóteses devem ser passíveis de teste, se uma hipótese for testada, e resistir ao teste, significa que ela deve ser aceita como solução provisória para aquele problema, se não resistir, significa que ela deve ser descartada, e é assim que a ciência tem, para Popper, que evoluir, por meio desses testes e refutações.

No caso dessas melhoras psicológicas, não há como testar ou refutar, o que ocorre é que, como há uma melhora na grande maioria dos casos, isso acaba sendo uma generalização, e a técnica acaba sendo considerada positiva e eficaz sem haver uma comprovação, de acordo com Popper, mas pelo método de indução. O método de indução, defendido no Círculo de Viena, foi considerado por muito filósofos, que acreditavam no positivismo lógico, uma forma de utilizar a lei indutiva para chegar a teorias científicas, e é justamente esse método que Popper critica.

O fato de a técnica ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como método a ser incorporado ao arsenal de métodos e técnicas direcionados aos programas de reabilitação de pessoas com necessidades especiais pesa de forma positiva para sua aceitação pelas pessoas, de forma geral, porque os resultados obtidos por meio dela são, principalmente, físicos, o que pode ser detectado, apesar de também existir, na Equoterapia, a observação de ganhos psicológicos que o convívio com o cavalo pode trazer para as pessoas. Contudo, esse não é o enfoque principal, e não é nisso que a técnica se baseia.

Por outro lado, na Equoterapia há muitos gastos, com relação à manutenção do centro, e dos cavalos, por isso a técnica acaba se tornando bastante cara, e, pelo menos no município Rio de Janeiro, não há nenhum centro que ofereça tratamento gratuito. O centro mais próximo é no município de Duque de Caxias, em Xerém, onde há um projeto social denominado EQUINOVIDA, uma parceria entre o Parque Ana Dantas e a Prefeitura Municipal de Duque de Caxias.

O que costuma ocorrer no Rio de Janeiro é o oferecimento de bolsas pelos centros particulares, que infelizmente não contemplam toda a população, mas é sem dúvida extremamente importante. Para que esse tratamento seja estendido à população da cidade em um curto espaço de tempo, uma boa alternativa, ainda que não a única, seria a criação de parcerias entre centros particulares e o SUS, pois assim a infraestrutura presente nesses centros, que costuma ser adequada à prática do tratamento, poderia ser aproveitada.

Apesar de todos os problemas que têm sido enfrentados para que a Equoterapia passe a ser mais reconhecida e assim utilizada em diversos tratamentos, cumpre observar que muitos obstáculos já foram vencidos e por isso é importante que continue havendo interesse na divulgação da técnica, afinal, só assim o ideal será alcançado. Apesar da impossibilidade de mensurar os ganhos psicológicos, da elitização que ainda existe e do preconceito que muitas pessoas ainda têm, por falta de conhecimento, vale ressaltar que a técnica é muito válida e de extrema importância para os pacientes e seus familiares, independentemente das críticas, sobretudo quanto à eficácia dos resultados. O importante é que estes têm sido constantemente observados na prática, de maneira bastante eficaz, devendo portanto haver investimento nessa área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA (ANDE/Brasil). Disponível em: <http://www.equoterapia.org.br>. Acesso em: 23 abr. 2010.

GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método das ciências naturais*. São Paulo: Ática, 2010.

LOPES, Ester Susana de Freitas. *Delfinoterapia*: revisão da literatura. Monografia realizada no âmbito da disciplina de Seminário do 5º ano da licenciatura em Desporto e Educação Física, na área de Reeducação e Reabilitação, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto, 2007. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14537/2/5941.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

MEDEIROS, Mylena; DIAS, Emília. *Equoterapia*: bases e fundamentos. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

_____; _____. *Equoterapia*: noções elementares e aspectos neurocientíficos. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

PARQUE ANA DANTAS. Disponível em: <http://www.parqueanadantas.com.br/index2.php?mod=36>. Acesso em: 13 dez. 2012.

INDÚSTRIA CULTURAL, MITOS E LEGIÕES: O QUE MANTÉM RENATO RUSSO VIVO?¹

Ana Paula de Souza Gomes²

INTRODUÇÃO

Em algumas residências, os CDs ficam situados na estante da sala. Na minha, não era diferente. O trabalho de limpar aqueles CDs que ficavam cheios de poeira era delegado a mim, que sempre repudiei qualquer trabalho doméstico. No entanto, foi quando eu tinha 12 anos, em uma dessas arrumações, que encontrei o disco *As Quatro Estações*. Depois desse bellissimo encontro entre mim e a Legião Urbana, não deixei de consumir qualquer coisa que estivesse relacionado à banda: CDs, camisetas, livros, peças de teatro etc. Passado o tempo, entrei no ensino médio e comecei a perceber que as letras que ouvia são muito mais impressionantes do que imaginava, e ainda me fascina a forma como as músicas interagem com o ouvinte.

As letras e melodias da Legião Urbana são atuais, sobretudo as poesias de Renato Manfredine Jr. que, mesmo 14 anos após sua morte, continuam sendo cantadas e lembradas por seus fãs. Renato Russo, como ficou conhecido, tinha aguda consciência de seu tempo, de sua geração, e mergulhou fundo em suas contradições, utilizando sua poesia para falar de assuntos que todas as pessoas enfrentam ou sentem (desilusões amorosas, paixões, sexo, drogas, política etc.). Por esse motivo, ele se tornou um representante da juventude de sua época. Mesmo depois do término da banda Legião Urbana, esta, no contexto da indústria cul-

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0026.0.408.000-10.

² Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gerência em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Pedagogia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Grasielle Nespöli (doutora em Educação em Ciências e Saúde), do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão). Contato: anapaulagomes@fiocruz.br.

tural, não deixou de vender discos, e suas músicas ainda são tocadas na mídia, influenciando a formação subjetiva dos jovens.

Este trabalho discorre sobre a construção do mito e da identidade cultural que se formam em torno da Legião Urbana e de seu líder, Renato Russo. Buscou-se compreender, por meio de revisão da literatura e dos discursos de jovens fãs da Legião Urbana, a imagem que sustenta o mito Renato Russo, as características, valores e símbolos que formam o mito. Os discursos dos jovens foram mapeados em dois espaços: numa comunidade virtual do Orkut³ e no grupo focal realizado com jovens escolares entre 15 e 18 anos. Em um levantamento preliminar, foram detectadas mais de mil comunidades relacionadas à expressão Legião Urbana no site de relacionamentos Orkut, o que abriu a possibilidade de investigar discursos de seus fãs. Foi escolhida a maior comunidade em número de integrantes (526.837)⁴ para mapeamento nos fóruns de discussão dos valores e símbolos que identificam os fãs à obra da Legião Urbana e de Renato Russo. Para aprofundamento das questões, foi realizado um grupo focal que promoveu um diálogo entre 12 jovens, também com o objetivo de compreender os valores, símbolos e características atribuídas a Renato Russo e/ou à identidade de seus fãs. O conteúdo investigado foi submetido a uma apreciação analítica, de maneira a sintetizar e descrever as falas com o intuito de compreender a imagem que faz de Renato Russo um mito.

A OBRA DA LEGIÃO URBANA

Quem me dera ao menos uma vez acreditar por um instante
em tudo que existe/ E acreditar que o mundo é perfeito e que
todas as pessoas são felizes/ Quem me dera ao menos uma
vez/ Fazer com que o mundo saiba que seu nome/ Está em
tudo e mesmo assim/ Ninguém lhe diz ao menos, obrigado.⁵

Na década de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, começou a surgir no hemisfério norte, especificamente na Inglaterra e nos Estados Unidos, um novo ritmo, o *rock and roll*. Um som feito por jovens e para

³ O Orkut é uma rede social filiada à empresa Google, criada em 2004, e que permite a constituição de comunidades virtuais.

⁴ Informação acessada em dezembro de 2010.

⁵ "Índios", composta por Renato Russo, gravada pela EMI no álbum *Dois*, 1986.

jovens, com uma linguagem juvenil, que tenta romper com o mundo adulto preso aos ideais do desenvolvimento e do progresso.

De acordo com Brandão (1990), prontamente, na década de 1970 surgia o *punk rock*, que propunha o retorno do *rock* antigo, e usava o grito do *blues* dos negros do sul dos Estados Unidos para expressar pensamentos e ideais. O estilo era simples e rudimentar e possuía o lema *do it yourself*, isto é, “faça você mesmo”, não importando os recursos disponíveis e muito menos a qualidade musical – apenas faça. Os temas das músicas eram de protesto e tentavam romper com os padrões vigentes da época, especialmente os estéticos, pois quem participava desse movimento usava roupas e acessórios pouco usuais, que causavam espanto, criando-se, então, uma cultura denominada “marginal”. Na época, a juventude foi vista como contestadora radical da ordem política, cultural e moral da sociedade.

Ainda segundo Brandão (1990), o movimento *punk rock* adentrou o Brasil logo após a ditadura militar. Nesta época, o cenário político passou anos reprimido pela censura do governo militar, instaurada pelo Ato Institucional 5, de 1968. A geração do final das décadas de 1970 e 1980 chegou com uma forte vontade de ser ouvida, por isso suas músicas são diretas e não tem tantas metáforas como as das gerações da Jovem Guarda e da Tropicália. Por este fato, Demarchi (2006, p. 43) afirma que “a simplicidade na composição e nas letras, assim como a temática voltada para o universo jovem e urbano, tornavam-se expressão das rupturas propostas em relação à geração anterior, a dos artistas vinculados à MPB”.

Arthur Dapieve chama esse novo ritmo musical de *brock*, um “novo *rock* brasileiro”, que falava de coisas comuns à juventude: “amor, sexo, política, polaroides urbanas, dores de crescimento e maturação – mensagens transmitidas pelas brechas do processo de democratização” (DAPIEVE apud DEMARCHI, 2006, p.44).

A consolidação deste ritmo, o *rock*, no cenário musical brasileiro teve ajuda da indústria cultural, que estava preocupada em pôr no mercado produtos relacionados ao público juvenil. No entanto, mesmo sendo um produto da indústria cultural, o *rock* impulsiona a rebeldia, com suas letras irreverentes e contestadoras, permitindo a disseminação da indigna-

ção e a constituição de uma cultura contra-hegemônica, isto é, questionadora dos ideais que propagam o capitalismo.

Em meados da década de 1980, os jovens de Brasília estavam “sem ter o que fazer”, como é retratado na música “Anúncio de Refrigerante”,⁶ com uma forte vontade de mudar a situação político-social do Brasil e, principalmente, de reconquistar a autonomia e os direitos de cidadania. Foi nesse contexto que nasceu a Legião Urbana, liderada pelo músico, poeta e compositor Renato Russo. A primeira formação da banda era composta por Renato Russo (baixo e vocais), Marcelo Bonfá (bateria), Paulo Paulista (teclados) e Eduardo Paraná (guitarra). Posteriormente, com a saída de Paulo Paulista e Eduardo Paraná, Ico Ouro Preto assume por um curto período as guitarras, sendo substituído rapidamente e definitivamente por Dado Villa-Lobos. Nas gravações do primeiro CD, o baixista Renato Rocha é inserido na banda, pois Renato Russo tentara o suicídio, o que o impedia de tocar baixo. Entretanto, Renato Rocha permanece na banda somente até o terceiro CD. Sendo assim a Legião Urbana foi consolidada por Renato Russo, Dado Villa-Lobos e Marcelo Bonfá.

A obra da Legião Urbana tem como temas o amor, a política e, de forma mais ampla, a existência humana. O fácil trânsito por assuntos diferenciados fica evidente na discografia da banda, composta por oito discos inéditos, sendo dois produzidos e gravados somente por Renato Russo em paralelo com a banda.⁷ A Legião Urbana durou aproximadamente 14 anos, quando foi desfeita por causa da morte de seu líder. Segundo os outros componentes da banda, Renato era o combustível que impelia a Legião ao sucesso. Sua falta os impedia de continuar a carreira com a banda. Após sua morte foram lançados ainda oito discos e alguns DVDs de shows.

⁶ Música composta por Renato Russo em 1982, porém lançada no disco *O Trovador Solitário*, em 2008.

⁷ Renato Russo lançou alguns discos independentes da Legião, com o objetivo de arrecadar fundos para algumas instituições filantrópicas, como os Alcoólicos Anônimos e o movimento GLS (na época, Gays Lésbicas e Simpatizantes).

A INDÚSTRIA CULTURAL E A CONSTRUÇÃO DOS MITOS

O que faz certos artistas continuarem despertando interesse até hoje? Por que alguns cantores têm *direito* a programas especiais de televisão, reportagens, publicações e biografias, enquanto muitos sequer são lembrados, seja pelo público ou pela indústria cultural? Por que uma coletânea dos Beatles, com músicas prá lá de conhecidas, quando lançada, fica semanas como o álbum mais vendido? O que faz com que adolescentes nas grandes cidades brasileiras adorem desfilarem com camisetas estampando o rosto de Renato Russo, se enquanto esse artista vivia o auge do seu sucesso estes mesmos adolescentes eram ainda embalados no colo por seus pais? (PINTO, 2006, p. 107; grifado no original)

Para responder às perguntas acima, Pinto (2006), num artigo que relaciona a construção da eternidade, do mito, com a indústria cultural, mostra como a história do *blues* e, posteriormente, do *rock*, está vinculada ao fenômeno de massa. Para ele:

Falar do surgimento do *rock* é falar também em *blues*. Mas se o *rock* nasce como uma expressão da alegria juvenil nos anos do pós-guerra, o *blues* tem origem na dor infligida ao corpo e à alma de populações negras trazidas à força para as plantações do sul dos Estados Unidos. (PINTO, 2006, p. 191)

A história da música criou subdivisões, gêneros musicais como o *jazz*, o *blues* e o *rock and roll* que, por sua vez, se subdivide em *rock progressivo*, *punk rock*, *rock pesado*, entre outros. A origem do *rock and roll* coincide com o período em que o consumo nos países capitalistas crescia.

De acordo com Pinto (2006), os ídolos *pop* exercem grande influência sobre o seu legado de admiradores. Isso acontece pelo fato de a indústria cultural, que transforma a música em simples mercadoria, lançar ano a ano discos no mercado fonográfico, mesmo após a morte do autor. Os veículos de massa transformam os indivíduos em mitos, com o objetivo de lucrar em cima da sua obra. Muito desses nem ao menos estão vivos, mas alcançaram a imortalidade, sendo então lembrados por gerações e gerações. Então esses mitos só existem pelo fato de essa indústria querer construí-los, fazendo da arte uma mercadoria.



Pinto (2006) lembra que a noção de indústria cultural foi elaborada por Adorno e Horkheimer (2006) para falar de como o capitalismo se apropria da cultura para aperfeiçoar as mercadorias, dando uma atenção maior às manifestações musicais como o *jazz* e o *blues*. As massas movem-se de acordo com o interesse capitalista, isto é, o produto ajustado ao consumo de massa determina o consumo e faz com que as pessoas se identifiquem com as obras vendidas. Na sociedade democrática, a indústria cultural é uma forma de controle das classes dirigentes que, por um lado, mantém o povo entretido por valores que impossibilitam a transformação da realidade. Mas, por outro lado, a indústria cultural pode ampliar o acesso do povo às produções culturais e possibilitar outras formas de arte/cultura.

Ainda que a indústria cultural, no sentido de Adorno, continue a exercer um papel ativo na padronização das mentes da grande maioria dos grupos sociais, outros campos se abriram para a realização de produtos culturais. A possibilidade de um artista, hoje, ter o próprio estúdio em seu apartamento, produzir e comercializar seus CDs via internet, rompendo com uma antiga relação – produtor, empresário, contrato, gravadora etc. – seria algo impensável décadas atrás. O fenômeno da troca de músicas em formato de arquivos eletrônicos, também via internet, é o atual fantasma a assombrar as grandes empresas do ramo. E, assim como Benjamin já previa em relação à reproduzibilidade das obras de arte, este também parece ser um fenômeno irreversível, de caráter altamente democrático, que abre a um grande número de pessoas um universo de produções antes praticamente inacessíveis. No entanto, é importante frisar que estes fenômenos não representam uma diminuição do poder da indústria cultural, pois se tratam, sim, de desdobramentos de um modelo que ainda não deu sinais de dobrar os joelhos. E que continua atendendo, de maneira inequívoca, às necessidades dos grupos sociais, em seus múltiplos aspectos. (PINTO, 2006, p. 100)

Pinto defende que a indústria cultural atua na produção de mitos. Quando criado um mito do *rock*, não é necessário saber se tudo que é dito sobre ele é verdade ou mentira. A grande maioria dos ídolos tem a sua

imagem relacionada a uma genialidade precoce, o sofrimento familiar, a luta para chegar a esse status. A indústria cultural faz questão de enfatizar o abuso das drogas, as orgias sexuais, o sucesso na vida pública e a derrota na vida privada, pois ela produz e se alimenta da polêmica. Os fãs se identificam com o ídolo e o veneram pelo fato de eles geralmente suprirem os anseios dos seus seguidores. O mito é:

(...) o conjunto de condutas e situações imaginárias. Essas condutas e situações podem ter por protagonistas personagens sobre-humanas, heróis ou deuses; diz-se então o mito de Hércules, ou de Apolo. E com toda exatidão, Hércules é um herói, e Apolo, deus, de seus mitos. (MORIN apud PINTO, 2006, p. 104)

Assim, a indústria cultural se aproveita da necessidade do homem de se projetar em mitos e transforma isso em mercadoria. O mito fica na lembrança das pessoas como um ser imortal, o sujeito morre para permanecer vivendo. Depois da morte os produtos vendem desenfreadamente, enriquecendo a indústria por meio da construção do mito. O mito se forma na imagem que os seus seguidores têm dele, que faz com que se perpetue na história. Os fãs constroem uma narrativa e o mito, por sua vez, só existe por causa da “história narrada” (LÉVI-STRAUSS apud PINTO, 2006).

No Brasil, a indústria cultural agencia a produção e a venda de milhares de discos anualmente. A gravadora EMI-Odeon, por exemplo, continua colocando no mercado fonográfico pelo menos um disco da Legião Urbana por ano, fazendo desta uma banda ativa até hoje. No livro *O Trovador Solitário*, Dapieve (2006) relata que a EMI-Odeon não acreditava no sucesso da banda Legião Urbana. A gravadora vendia o álbum dos Paralamas do Sucesso e “empurrava” o álbum da Legião, porém, surpreendendo os empresários, a Legião vendeu de início mais de 50 mil cópias. Devido a esse fato, a gravadora percebeu que a banda seria uma fonte de rendimentos.

No contexto da indústria cultural, que transforma a música em produto de consumo, a gravadora se apropriou da imagem do personagem mais forte da banda, o vocalista Renato Russo, e o tornou porta-voz da juventude, com o objetivo de fazer a obra vender cada vez mais. É válido lembrar que, nesse período, o Brasil estava passando por um processo

de democratização, pois tinha ficado um longo tempo sob o domínio dos militares. A imagem do Renato Russo foi referida nas coisas que os jovens queriam ouvir e falar:

Não somos nós que nos identificamos com a obra e sim a obra que se identifica com a gente. Renato Russo fez um sapato que cabe no pé de qualquer um, basta você calçá-lo. Só que, quando se calça esse sapato, nunca mais se tira, não por impossibilidade, e sim por opção. Ele respondeu todas as perguntas da juventude bem antes que elas fossem feitas.⁸

A construção do mito Renato Russo gera um fanatismo dos fãs, tanto que muitos deles se dizem seguidores da “Religião Urbana”, expressão que Renato Russo odiava, pois sabia a cobrança que era ser considerado um sacerdote, líder de uma juventude.

“Sou um jovem de vinte e poucos anos, não sei nada da vida”, reclamava. “As pessoas bebem as minhas palavras como água. E escrevo justamente porque não sei. Não quero que a minha opinião sobre temas controvertidos, drogas, por exemplo, influencie outra pessoa.” (RENATO RUSSO *apud* DAPIEVE, 2006, p. 120)

Demarchi (2006) também lembra que os jovens fãs da Legião Urbana se autodenominam “legionários”, que para o autor são indivíduos que estabelecem contato com a produção artística da banda. Através desse contato, forjam para si uma identidade centrada nos princípios, signos e símbolos apresentados pela Legião Urbana em suas canções, entrevistas e performances em shows.

A questão não é julgar se a obra da banda é ou não merecedora de todo esse mercado, porém, se a indústria cultural não investisse na Legião Urbana, essa não teria tido todo o sucesso alcançado e, provavelmente, já estaria esquecida, bem como o Renato Russo. Os CDs da banda continuam nas prateleiras das lojas porque se sabe que serão vendidos. É por causa dessa lógica que praticamente todo ano é lançado algo diferente sobre a Legião Urbana ou Renato Russo.

⁸ Discurso de um membro da comunidade Legião Urbana do Orkut, num fórum sobre o intelecto dos fãs, que discutia a diferença entre os fãs atuais e os antigos de Renato Russo, em 5 de julho de 2010.

Silveira (2005) defende que a obra de Renato Russo é basicamente poética. Renato fazia música inspirado em fatos corriqueiros, desamores, inquietações da juventude e no cotidiano, que registram os conflitos existenciais; e tudo era feito com um extremo cuidado literário, o que acaba o diferenciando de uma série de artistas populares. Silveira (2005) considera que Renato Russo pode ser chamado de poeta pela forma que escreve e compõe ritmos, sons, aliterações e jogos de palavras. A música entra nos ouvidos sem pedir permissão, não é necessário pensar e sim senti-la. “Se Bandeira, a princípio, se valeu da poesia para dar sentido à vida, Renato Russo a usou, junto com o grande poder de comunicação da música, para que o público pensasse e refletisse sobre nossa existência e o momento histórico que nos envolve” (SILVEIRA, 2005, p. 7).

MÍDIA, MÚSICA E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

Ao nos depararmos com o termo “identidade”, temos o juízo de algo idêntico e igual. Porém, se utilizarmos esse termo no âmbito da existência subjetiva, compreende-se um novo significado, o de identidade subjetiva, relacionada à forma como uma pessoa se apresenta para o mundo e para ela mesma. A subjetividade irá fundamentar a identidade, ela forma a identidade num processo de alteridade. Como consideram Ewald e Soares, “a subjetividade diz respeito à constituição, isto é, ao fundamento, aquilo que viabiliza essas identidades” (2007, p. 24).

A subjetividade pode ser entendida como uma fabricação de sentidos, produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais (GUATTARI, 1992). Ela é múltipla, não havendo uma só causa e forma de expressão. Nesse sentido, os símbolos que contribuem para a produção de subjetividade não são fixos, e muito menos hierárquicos, mas polifônicos. A subjetividade é constituída por diferentes símbolos, na interação dos sujeitos no contexto da família, da escola, do trabalho etc. Nesse processo, Guattari (1992) considera que a *mass media* massifica a subjetividade, tentando torná-la homogênea e universal. Porém, quando as pessoas percebem que estão inseridas em uma subjetividade massificada, elas lutam para se singularizar, criando uma nova forma de se relacionar com os sím-

bolos. Os indivíduos tornam-se singulares, num processo autopoético, de criação, relacionado à invenção de novas modalidades subjetivas.

A *mass media* mantém viva a obra da Legião Urbana e a imagem de Renato Russo. De acordo com Fischer (2004), a mídia ativa processos de produção subjetiva. A TV aberta, por exemplo, é uma grande fonte de lazer e informação para a maior parte da população brasileira, levando informação de diferentes partes do planeta. Nos programas televisivos, é supervalorizada a vida privada dos indivíduos. Nos canais abertos, é observada a grande variedade de produtos direcionados ao público jovem. Por isso, Fischer (2004) destaca que é importante saber como esse comércio de sentidos chega às pessoas e as influencia, principalmente aos jovens, que estão no período de formação da sua personalidade; afinal, o que circula nos meios de comunicação é um grande criador de opiniões, que constitui diretamente o meio social, o que pensamos, o que valorizamos e o que julgamos importante.

Vale lembrar que, na sociedade midiática, o ciberespaço cria comunidades virtuais, formadas por interesses comuns dos membros, que trazem para a área da educação musical algumas contribuições (GOHN, 2008). As trocas de opiniões nessas comunidades transformam, influenciam a vida musical dos membros, ampliando a circulação de ideias e de conteúdos. Assim, as comunidades virtuais criam um novo lócus que, para Gohn (2008), amplia a vida social, cultural e educacional de quem está inserido no ciberespaço, gerando contato com novas músicas. Através do contato com essas fontes de informação, formais ou informais, forma-se o gosto musical. As novas tecnologias digitais facilitam a obtenção de arquivos sonoros e, desta forma, modificam o próprio funcionamento da indústria cultural, criando um novo conceito de “baixar” as músicas de forma gratuita, permitindo o acesso a produtos culturais sob o controle da mídia de massa. Segundo Gohn (2008), o objetivo destas comunidades é compartilhar o gosto musical e proporcionar acesso ao maior número possível de arquivos novos, facilitando a interação de seus membros.

Ainda a respeito da relação entre música e subjetividade, Honório Filho (2001) a considera um meio de ensinar, educar e pensar. A música “flexiona duas perspectivas: a da promoção do amor como sentimento

passional e a da não menos promocional discussão sobre alfabetização intercultural” (HONÓRIO FILHO, 2001, p. 9). A alfabetização intercultural é a educação do sentido, algo que é ensinado fora dos muros da escola. Na educação quase não há espaços e estratégias para estimular a formação dos sentidos, das paixões, dos sentimentos. Por isso, corre-se o risco de essa formação dos sentidos ficar sob o poder dos meios de comunicação e da indústria cultural. Com o advento do rádio e do disco, a música se tornou de extrema importância para as relações sociais. A música emerge como um testemunho histórico, expressa uma cultura e é, simultaneamente, expressão cultural. Portanto, a música e a linguagem contribuem com a formação subjetiva, com a produção do conhecimento e do pensamento, ativando alteridades (HONÓRIO FILHO, 2001).

A IDENTIDADE DOS FÃS: “A VERDADEIRA LEGIÃO URBANA SÃO VOCÊS”

A partir da análise das falas apresentadas no fórum da comunidade do Orkut e no grupo focal, percebemos que os jovens começaram a formar seu gosto musical no contato com os pais, irmãos e amigos que escutavam/escutam a banda. É uma passagem entre gerações. Como considera Demarchi (2006), as gerações mais velhas transmitem heranças culturais para as mais novas, sendo uma difusão automática.

Sofri a influência do meu irmão, foi ele quem me fez gostar da Legião Urbana; adorava escutá-lo tocar violão.⁹

Quando eu era pequeno, todos os meus amigos da rua detestavam a FM O Dia, mas adoravam a Rádio Cidade. Comecei a escutar por influências deles. Não entendia nada, só acha a voz do Renato muito bonita.¹⁰

O meu primeiro contato com a Legião Urbana foi quando ainda era pequeno. Quando eu ia jogar *video game* na casa de um amigo, a mãe dele estava sempre escutando as músicas da Legião Urbana. Escutava, mais ainda não entendia o que as músicas queriam dizer. Depois desse período, passei por um momento de ador-

⁹ Discurso retirado do grupo focal realizado com alunos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) em novembro de 2010.

¹⁰ Idem.

mecimento da Legião Urbana. Porém, foi na adolescência que vi a minha melhor amiga chorando ao escutar uma música da Legião Urbana, fiquei impressionado, intrigado, porque isso não acontecia comigo. Porém foi escutando na rádio “Pais e Filhos” que percebi que estava chorando “pra caramba”. Nesse momento, tive uma relação intensa com a banda, fui tomado de lembranças. Hoje, para mim, a Legião Urbana é lembranças, essa me traz lembranças de amizades, conforto, amor.¹¹

Meus pais ouviam, eu escutava quando era criança, e não vejo como os meus filhos e netos, independente das mudanças que ocorreram, não gostem da Legião Urbana. Apesar de tudo estar em constante mudança, as letras continuam sempre atuais, buscando identificação. É isso que faz a figura dele ser eternizada. Essas músicas não serão ultrapassadas. O Renato conseguia juntar nas mesmas músicas o individual e o coletivo, e assim que ele conseguia provocar a identificação.¹²

Os jovens argumentam que, mesmo sendo o *rock* um ritmo feito pela classe média e branca, a Legião Urbana conseguiu atingir qualquer classe social, etnia e gênero.

O interessante na Legião Urbana é o público que atinge, ela atinge jovem, pobre, rico, atende a todos os segmentos sociais. A forma que ele encontrou de expressar todos aqueles sentimentos, pois quando você está para baixo tem uma música, quando está feliz tem outra. Essa forma que ele encontrou é tão perfeita que se tornou “atemporal” e fácil de atingir vários grupos da sociedade. Essas músicas nos tocam sempre de forma diferente. Por isso, acho que esse interesse pela Legião Urbana nunca vai se dissipar.¹³

Os jovens acreditam que o fato de a Legião Urbana ter um vasto repertório favorece os investimentos por parte da indústria fonográfica em novos artigos que são consumidos pelos fãs. A indústria padroniza e difunde os produtos culturais para ter uma lucratividade maior no âmbito do capitalismo. É possível perceber que essa “aura” que constitui o mito é alimentada pelos meios de comunicação, que criam histórias ao redor do mito para transformá-lo num produto do capitalismo. A indústria cria uma pessoa comum em alguém notório da noite para o dia.

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Idem.

O mito é construído por inverdades, por misticismo, se editam as verdades. O Renato ainda está muito próximo, morreu há pouco tempo, por isso acho que ele é um tipo em construção, mas ainda não está formado, finalizado.¹⁴

O papel da indústria cultural é fundamental. É claro que todo mundo já escutou e gostou dos Mamonas Assassinas. Eles têm uma aceitação muito grande, independentemente da classe social, só que os Mamonas Assassinas são pouco explorados pela indústria, até porque têm pouco repertório, ao contrário da Legião Urbana. Estamos ativos nessa situação. A indústria se aproveita da diversidade, do multiculturalismo para transformar a arte em produto para o mercado.¹⁵

No entanto, no caso da Legião Urbana, os jovens defendem a qualidade da banda e afirmam que a Legião é merecedora do seu sucesso, mesmo com a manipulação que os meios midiáticos exercem sobre as pessoas. É evidente que a banda e Renato Russo, em especial, têm essa repercussão também pela identificação dos fãs com as letras e melodias.

Porque simplesmente as músicas falam do que a gente quer ouvir!¹⁶

A Legião, ao contrário dessas novas manifestações artísticas, não se vende ao mercado, o mercado é que se adaptou à Legião. Ela inaugura um momento e o mercado se apropria, por isso que depois nascem vários outros grupos com influência da Legião Urbana, porém não conseguem fazer o mesmo sucesso.¹⁷

Suas melodias simples conquistam qualquer um, pois não é preciso um superouvido e conhecimento para entendê-las. As letras são mais elaboradas, pois o tempo vai passando e ficamos mais velhos, entendemos mais as letras e todo o conhecimento e a sabedoria do Renato Russo vão se abrindo para nós.¹⁸

Renato Russo escreveu letras e poesias capazes de afetar qualquer pessoa, o que, por sua vez, gera um processo de identidade e de apropriação subjetiva. As letras conseguem atingir as pessoas de forma úni-

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Discurso de um membro da Comunidade Legião Urbana do Orkut num fórum sobre o intelecto dos fãs, que discutia a diferença entre os fãs atuais e os antigos de Renato Russo, em 27 de agosto de 2010.

¹⁷ Discurso retirado do grupo focal realizado com alunos da EPSJV em novembro de 2010.

¹⁸ Idem.

ca, trazendo sensações diferentes em cada uma; tocam a alma, porque referem-se, especialmente, ao sentimento.

Toda música nasce de um contexto social, político, religioso, enfim, cultural. Renato conseguiu demonstrar tudo isso nas suas músicas. “O Filho da Revolução” conseguiu fazer o que poucos artistas conseguem: tocar a alma. Suas letras não eram apenas o modo de ele pensar e sentir, mas o que todos naquela época, ainda hoje e no futuro sentiram e sentirão. Basta ouvir “Teatro dos Vampiros”, “Pais e Filhos”, “Faroeste Caboclo”, entre outras. Existe sensibilidade, sentimento, verdade nas suas músicas, é isso que faz de Renato Russo eterno.¹⁹

A Legião tem uma música para cada situação específica. É como se ele [Renato Russo] tivesse passado e sentido tudo. Ele sentia com tanta intensidade que por isso ele conseguiu “letrar” suas emoções, sentimentos, vivências.²⁰

Ele [Renato Russo] expressa tudo o que o jovem pode sentir, é isso que o diferencia das demais bandas. Deve ser porque estamos na idade de conseguir enxergar as contradições do mundo, de construir o pensamento.²¹

O compositor Renato Russo incorporou informações simbólicas presentes nos signos sociais e recuperou um ideário mito-poético, historicamente representado. Observando as falas, podemos considerar que um dos seus temas centrais é o amor.

Ele fala sobre tudo, sobre amor, drogas, o mundo em que vivemos, as dores pelas quais passamos, a perda de alguém que amamos, enfim, suas músicas são uma poesia e tiramos muitas lições delas.²²

O Renato trata das relações amorosas de uma forma muito simples, muito humana, que às vezes nós banalizamos. Ele não queria te levar para “baixo”, e sim só expressar o que ele estava passando naquele momento, que às vezes a gente banaliza. Ele vai e joga na música e nos faz sensibilizar.²³

¹⁹ Discurso de um membro da Comunidade Legião Urbana do Orkut num fórum sobre o intelecto dos fãs, que discutia a diferença entre os fãs atuais e os antigos de Renato Russo, em 10 de julho de 2010.

²⁰ Discurso retirado do grupo focal realizado com alunos da EPSJV em novembro de 2010.

²¹ Idem.

²² Idem.

²³ Idem.

Os jovens também consideram que a Legião possuiu músicas de carácter intimista, muito sentimental, que enfatiza o particular e que pode cair numa perspectiva individualista.

É incrível, porque todo o lugar em que há um violão alguém toca Legião, mas as músicas tocadas são sempre as mais individuais possíveis, “Vento no Litoral”, “Ainda É Cedo”, muito do “eu” para dentro. Isso reflete o individualismo, o “solitarismo” (...). A gente é muito do que ouve... isso acaba criando uma sinestesia... só fica no amor, o que é muito comum em adolescentes.²⁴

Os jovens percebem que Renato Russo conseguia fazer das letras um espaço de discussão política. Ele propunha que os jovens pensassem na sua realidade, no coletivo, no social, e lutassem pelos seus direitos. Ele queria que os seus fãs desenvolvessem um pensamento crítico, para mudar a realidade brasileira.

Gosto porque o Renato falava de coisas do nosso próprio cotidiano, de uma forma muito poética e inteligente. Além de expressar os sentimentos, ele também tinha sempre uma forma de “protestar” contra a política e os costumes da sociedade na época. Suas composições são simplesmente geniais.²⁵

São letras que abordam a realidade a partir de uma análise sociológica e filosófica. Exemplo em “Fábrica”: “Nosso dia vai chegar/ Teremos nossa vez/ Não é pedir demais/ Quero justiça/ Quero trabalhar em paz/ Não é muito o que lhe peço/ Eu quero um trabalho honesto em vez de escravidão”. Essa canção já foi utilizada como hino de manifestação de trabalhadores na cidade de Salvador. “Que País É Esse?” ou “Será”, onde Renato demonstra um olhar filosófico bastante reflexivo sobre a realidade: “Nos perderemos entre monstros da nossa própria criação”. Enfim, as letras da Legião abordam o amor, a política etc. de uma forma inteligente e sagaz, superagradável. Como diria Marcos Napolitano, para quem gosta não apenas de ouvir a música, mas “também pensar” a música. Além do mais, me identifiquei muito com os pensamentos de Renato expressos nas suas canções: “Sou um animal sentimental que me apego facilmente ao que desperta o meu desejo, mas não tente me obrigar

²⁴ Idem.

²⁵ Discurso de um membro da Comunidade Legião Urbana do Orkut num fórum sobre o intelecto dos fãs, que discutia a diferença entre os fãs atuais e os antigos de Renato Russo, em 10 de julho de 2010.

a fazer o que não quero”; “Consegui meu equilíbrio cortejando a insanidade”.²⁶

Os jovens se identificam porque o compositor conseguia retratar os anseios de toda uma geração e gerar sentimentos nos ouvintes. Ele também conseguia passar suas experiências.

O que ele fala na língua dos sentimentos, dos pensamentos, fala aquilo que a gente queria falar, da maneira que gostaríamos de falar, e não conseguimos. Isso surpreende a gente toda vez que escutamos. Fala de sentimentos, sem apelação, como se o único assunto que existisse fosse o amor entre um homem e uma mulher. Lembra que há o amor de amizade. Mostra a fúria de alguém que faz uma denúncia política e uma expressão de amor, e também, demonstra ver “minha nação soberana”. Ele geralmente parte de uma depressão de alguém muito sensível. Falando de coisas que poderiam não afetar grande parte das pessoas, mas vejo nele sempre uma esperança muito grande. E acho que isso tem a ver com os fãs... sensíveis, inteligentes e esperançosos.²⁷

As letras foram escritas para a reflexão. É desse modo, mais pela letra do que pela sonoridade, que há a construção da identidade com o ídolo e também dos fãs entre si. A importância da letra para a constituição do “legionário” está expressa na grande quantidade de narrativas que atestam esse fato: “Me identifico com as músicas do Renato Russo porque me sinto dentro das mesmas. É como se fosse para mim o que ele canta. E ainda há letras que é como se eu estivesse dizendo aquilo. Me sinto dentro da banda. A Legião Urbana faz parte de minha vida.”²⁸

É impressionante o fascínio que alguns artistas são capazes de exercer, mesmo depois de mortos, sobre um exército de fãs. Isso faz de Renato Russo um mito, pois a adoração e as canções o tornam eterno. A todo momento, as canções ganham um novo significado, tudo depende do período pelo qual se esteja passando. As músicas demarcam determinados momentos da vida: desilusões amorosas, saudade, amores, revolta política, perda. As músicas fazem parte do registro da vida dos fãs.

²⁶ Idem.

²⁷ Idem.

²⁸ Discurso de um membro da Comunidade Legião Urbana do Orkut num fórum sobre o intelecto dos fãs, que discutia a diferença entre os fãs atuais e os antigos de Renato Russo, em 8 de setembro de 2010.

Renato Russo e a Legião Urbana fizeram e fazem parte da minha vida desde que eu tinha 12 anos. Hoje tenho 37. Cada verso de suas músicas lembra uma fase da minha vida, alegria, tristeza, frustrações, enfim, tudo que uma vida tem. Lembro que em todo Natal eu ganhava um vinil da Legião e sempre era lançado no Natal. Eu moro em Curitiba, e nessa época eu podia andar de ônibus sozinha e nada acontecia. Chorei compulsivamente com a morte do Renato, até hoje faço orações para ele e agradeço a Deus por ele ter feito parte da minha vida.²⁹

No entanto, os jovens questionaram o fato de Renato Russo ser um mito, demonstrando discordância, pois para alguns o mito perde sua “humanidade” e o cantor conseguia manter um sentimento de “amizade” com os fãs.

Para mim o mito, não pode ser tocado, ele está tão longe, e o ser humano não pode alcançar. Por isso que acho que o Renato Russo não é mito, pois ele é humano, tem contradições e sente as mesmas coisas que eu.³⁰

Essa questão do mito é muito subjetiva. Para mim o mito é o grande herói, grande ideal, quase uma perfeição, só que isso faz com que o mito perca a sua humanidade e acaba tendo um caráter incontestável. Nessa lógica o Renato não se encaixa, e sim como um ídolo, um exemplo, “o crítico”. Ele não é incontestável, ele na verdade propõe uma conversa, algo mais humano. Ele para mim é um grande cantor, um grande letrista. Os fãs é que fazem uma aura sobre o Renato Russo. No passado o ídolo era algo coletivo, tinha uma questão religiosa, uma liberdade de pensamento maior, como o Hércules. Hoje não, o ídolo é individual, cada um tem o seu.³¹

O mito pode até ser construído pelos meios de comunicação, mas quem o propaga, o mantém e alimenta as lembranças são os fãs. Estes que fazem Renato Russo ser um mito. Mas como o vocalista gostava de dizer: “a verdadeira Legião Urbana são vocês”.

²⁹ Discurso de um membro da Comunidade Legião Urbana do Orkut num fórum sobre o intelecto dos fãs, que discutia a diferença entre os fãs atuais e os antigos de Renato Russo, em 21 de agosto de 2010.

³⁰ Discurso retirado do grupo focal realizado com alunos da EPSJV em novembro de 2010.

³¹ idem.

CONCLUSÃO: O SEGREDO ESTÁ NAS LETRAS!

A música é construtora de identidades, um produto da cultura de quem a escuta. Essa tem o poder de interferir no contexto social e na formação subjetiva do homem, seja ela instrumental ou não. As ondas sonoras não pedem permissão para invadir o canal auditivo, e mesmo contra nossa vontade os sons são decodificados. Escutar é um movimento involuntário, porém para refletir e entender os códigos e as letras é preciso querer. As letras das canções são de fundamental importância para a construção da identidade dos fãs de Renato Russo e da Legião Urbana. O ídolo tem a capacidade de interagir com a subjetividade do ouvinte.

(...) o ídolo é visto como aquele que *ensina a ser melhor* ou, em outras palavras, que contribui para a formação do indivíduo que está em contato com o produto artístico por ele elaborado. A música, portanto, não só *acolhe, protege e abraça*, nem tampouco apenas diz o que o indivíduo pensa. Ela faz mais do que isso: ela forma opinião, produz identidades e transforma o indivíduo. E ela produz tais efeitos principalmente através de seu elemento literário. É no movimento de cantar a letra que o artista se faz entendido para os fãs. Por outro lado, é no instante em que se ouve ou se lê a letra que o indivíduo se sente compreendido pelo artista. Nestes movimentos reside o poder da letra (e também do artista) em provocar mudanças na subjetividade de quem à escuta. (DEMARCHI, 2006, p. 138; grifado no original).

A identificação não se dá somente com a imagem que os “legionários” atribuem a Renato Russo e à Legião Urbana, mas principalmente com o contato que estabelecem com suas letras. Talvez seja por isso o fanatismo com Renato Russo, pois é ele o autor de todas as letras da banda, seu porta-voz, o “porta-voz da juventude”. É comum andar pelas ruas e se deparar com jovens vestindo camisetas estampadas com o rosto dos integrantes e as letras das canções da Legião Urbana. Esses jovens não se contentam somente em fazer uso da imagem dos membros da banda, mas também das suas músicas, é como se as palavras significassem as pessoas.

Para os “legionários”, o segredo da Legião está nas letras das músicas. Renato Russo tinha a facilidade de escrever em primeira pessoa, de forma

que os fãs escutassem e automaticamente se identificassem. Ele não utilizava referências geográficas para não permanecer preso somente a uma região, utilizava personagens juvenis, compunha letras universais porque eram profundamente humanas. Os “legionários” demonstram re-conhecer o sujeito chamado Renato Russo; eles o vêem como amigo, irmão mais velho. Isso é devido às letras subjetivas compostas pelo vocalista. É dessa forma que a obra interfere nitidamente na formação como sujeito, fundamentando uma identidade juvenil em torno do amor, da esperança e da política.

Mesmo 14 anos após sua morte, o líder da Legião Urbana continua influenciando e adquirindo seguidores. Os “legionários” permitem que Renato Russo seja um mito, pois eternizam sua obra, já que as letras estão gravadas na subjetividade e na memória de cada fã.

Chego ao final reafirmando as palavras de Demarchi:

Efetivamente, não se pode dizer que a obra da Legião Urbana está entre aquelas que sobreviverão a sucessivas gerações – o máximo que temos até aqui é sua propagação num intervalo de tempo de vinte anos, compreendendo duas gerações. Mas se a *Urbana Legio* escapar do mundo sombrio das obras esquecidas, pode-se dizer que este trabalho contribui para lançar luz nessa tão intrigante questão ao acompanhar de perto o processo de seleção ainda nas primeiras gerações, demonstrando que, pelo menos no que diz respeito aos jovens situados nas grandes cidades brasileiras contemporâneas, a sobrevivência de uma dada obra está atrelada à construção de experiências e identidades por ela proporcionada. Caso isso não ocorra, um possível caminho alternativo seria investigar as transformações que teriam levado essa obra, potencialmente duradoura, a perecer. (DEMARCHI, 2006, p. 178)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Theodor W.; HORKHEIMER, Marx. *A dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2006.

BRANDÃO, Antonio Carlos; DUARTE, Milton Fernandes. *Movimentos culturais de juventude*. São Paulo: Moderna, 1990.

DAPIEVE, Arthur. *Renato Russo: o trovador solitário*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

DEMARCHI, André Luis Campanha. *Legionários do rock: um estudo sobre quem pensa, ouve e vive a música da banda Legião Urbana*. 2006. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.bdae.org.br/dspace/bitstream/123456789/1992/1/tese.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2011.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. *Mídia e juventude: experiências do público e do privado na sociedade da informação*. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8. 2004. *Anais...* Coimbra, 2004. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/RosaFischer.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

GOHN, Daniel. Um breve olhar sobre a música nas comunidades virtuais. *Revista da Abem*, Porto Alegre, v. 19, p. 113-119, mar. 2008. Disponível em: http://www.abemeducacaomusical.org.br/Masters/revista19/revista19_artigo12.pdf. Acesso em: 30 set. 2010.

GUATTARI, Felix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992. Disponível em: <http://www.livrariaresposta.com.br/v2/produto.php?id=500>. Acesso em: 20 nov. 2010.

HONÓRIO FILHO, Wolney. Educação dos sentidos: música e subjetividade. *Opsis: Revista do Niesc*, São Paulo, v. 1, p. 9-17, maio 2001. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/Opsis/article/viewFile/8235/5886>. Acesso em: 20 nov. 2010.

LIMA, Tatiana Araujo de; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. *Rede social Orkut: impacto e implicações na subjetividade de seus usuários*. In: SIMPÓSIO NACIONAL ABCIBER, 3. 2009. *Anais...* São Paulo: Abciber, 2009. Disponível em: http://www.abciber.com.br/simposio2009/trabalhos/anais/pdf/artigos/1_redes/eixo1_art52.pdf. Acesso em: 20 nov. 2010.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PINTO, Paulo Henrique Dantas. A construção da eternidade: indústria cultural e mitologia urbana. *História, imagem e narrativas*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 88-110, set. 2006. Disponível em: <http://www.historiaimagem.com.br/edicao3setembro2006/constreternidade.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

RODRIGUES, Rodrigo Fonseca e. A imagem da subjetividade e a despersonalização criativa na internet. *Ciberlegenda*, Revista do Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal Fluminense, n. 18, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/ciberlegenda/ciberlegendajulhoartigorodrigo.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2012.

SILVEIRA, José Roberto. O livro dos dias: a poesia na música de Renato Russo. *Existência e Arte: Revista Eletrônica do Grupo PET*, Minas Gerais, v. 1, n. 1, jan.-dez. 2005. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/existenciaearte/Edicoes/1_Edicao/O%20livro%20dos%20dias%20a%20poesia%20na%20musica%20de%20Renato%20Russo%20%20Jose%20Roberto%20Silveira.pdf. Acesso em 25 nov. 2010.

EWALD, Ariane Patrícia; SOARES, Jorge Coelho. Identidade e subjetividade numa era de incerteza. *Estudos de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 23-30, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a03v12n1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

DISCOGRAFIA

LEGIÃO URBANA. *Legião Urbana*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1984.

_____. *Dois*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1986.

_____. *Que país é este 1978/1987*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1987.

_____. *As quatro estações*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1989.

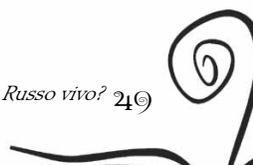
_____. *Legião Urbana V*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1991.

_____. *O descobrimento do Brasil*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1993.

_____. *A tempestade ou O livro dos dias*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1996.

_____. *Uma outra estação*. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1996/1997.

RENATO RUSSO. *O trovador solitário*. Rio de Janeiro: Discobertas/Coqueiro Verde, 2008.



A BOCA FALA AQUILO DE QUE O CÓRTEX ESTÁ CHEIO: NEUROBIOLOGIA DAS EMOÇÕES – ESTUDO DOS MECANISMOS DO PROCESSAMENTO NEURAL DAS EMOÇÕES E SUAS MANIFESTAÇÕES FISIOLÓGICAS

Ana Paula do Nascimento¹

INTRODUÇÃO

Através da intertextualidade com o Evangelho de Lucas, o qual diz que “a boca fala daquilo que o coração está cheio”, pretende-se investigar a gênese emocional. Ao longo do texto a seguir pretende-se desmistificar o senso comum que vincula emoção e coração, deslocando o “recanto” das emoções para o encéfalo.

A fim de que se possa elucidar a gênese emocional por meio de mecanismos neurobiológicos, serão primeiro avaliadas as emoções primárias, que são inatas, seguidas pelas secundárias, que seriam de alguma forma adquiridas. Há também de se avaliar o histórico das pesquisas neurobiológicas, o qual se dará pela descrição das teorias emocionais.

Como as emoções escolhidas para este estudo são a raiva, o medo e o prazer, há uma descrição de como estas se desenvolvem, bem como a posterior análise dos mecanismos neurobiológicos envolvidos no processamento do estímulo emocional e a devida resposta fisiológica, orquestrados pelos sistemas límbico e nervoso autônomo (SNA), respectivamente.

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). No presente momento, atua como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Daniel Souza Santos (graduado em Ciências Biológicas), do Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais de Saúde (Latec) Contato: ananascimento@fiocruz.br.

AS EMOÇÕES

“Emoções são conjuntos complexos de reações químicas e neurais, formando um padrão; todas as emoções têm algum tipo de papel regulador a desempenhar, auxiliando o organismo a conservar a vida” (DAMÁSIO, 2000, p. 105).

Biologicamente, razão e emoção são conceitos impossíveis de serem definidos. No entanto, é possível elaborar definições operacionais que as conceituam como “operações mentais acompanhadas de experiências anteriores características, capazes de orientar o comportamento e realizar ajustes necessários” (LENT, 2005, p. 653). Contudo, é necessário desmistificar a questão que conceitua emoção e razão, bem como o funcionamento das mais diversas partes do cérebro humano como operações e mecanismos independentes, uma vez que “emoção, sentimento e regulação biológica desempenham um papel na razão humana” (DAMÁSIO, 1996, p. 13).

Emoção e razão são distinguidas pelo fato que “a expressão da primeira quase se confunde com suas manifestações fisiológicas, enquanto o exercício da razão não é acompanhado de uma repercussão orgânica observável” (LENT, 2005, p. 653).

A filosofia define razão como a faculdade atribuída ao ser humano, que o distingue dos demais animais. Tal faculdade promove a capacidade de alcançar o conhecimento do universal e necessário, não promovendo, obrigatoriamente, um conhecimento universal. Já a definição de emoção está relacionada à ideia de paixão, como a aceitação de um afeto. A paixão estaria acompanhada de uma agitação da alma, da mente do indivíduo, configurando emoção como algo que não se restringe apenas às manifestações corporais (MORA, 2004).

Por essa lógica, pode-se afirmar que a alma se manifesta através do corpo, e sentimentos, como o sofrimento, cujo início se dê no corpo ou numa imagem mental, serão perceptíveis no corpo (DAMÁSIO, 1996). Deve ficar claro que a perspectiva de alma citada acima e ao longo desta introdução não trata daquela empregada pelas religiões, e sim como o ser e o princípio de todos os seres, a substância não material e não sensível, porém essencial ao corpo (MORA, 2004).

Pode-se afirmar que há uma convergência de sentido entre alma e mente humana. A mente humana é um contínuo do qual razão e emoção fazem parte. Tal contínuo é demasiadamente relevante na tomada de decisões, no planejamento do futuro e no comportamento social. Segundo Damásio (2000), as ações acima referidas necessitam de uma intensa integração dos componentes emocionais e racionais. Uma vez que haja déficit em algum destes componentes, tais ações estarão comprometidas.

Exemplo do citado acima é o caso de Phineas Gage, que teve seu córtex frontal perfurado e atravessado por uma barra de ferro enquanto preparava uma explosão para abrir caminho a uma estrada de ferro em Vermont, nos Estados Unidos. A barra de ferro perfurou a bochecha saindo no topo do crânio, o que levou Gage a perder a consciência e ter convulsões; apesar disso, ele não apresentou perdas nas funções motoras, somáticas, sensoriais ou intelectuais, mas apresentava sérios danos na tomada de decisões, uma vez que a barra de ferro atingiu o lobo frontal cerebral, reconhecido como uma importante zona de caráter emocional (DAMÁSIO, 1996; LENT, 2005).



Ilustração 1 – Crânio que representa a lesão sofrida por Phineas Gage.
Fonte: SABBATINI, 1997.

O comportamento emocional do indivíduo é crucial para sua sobrevivência, para a de sua espécie e para sua comunicação social. A agressão

do predador e o medo da presa promovem a ativação dos mecanismos que possibilitam a luta e a fuga, exemplificando a garantia da sobrevivência do indivíduo pelo comportamento emocional. O comportamento sexual, nos humanos, adquire um caráter mais relevante que mera forma de perpetuação da espécie, diferente dos demais animais, sendo visualizado como uma expressão emocional, que pode mesclar amor e prazer. A comunicação social é outro quesito que distingue o comportamento emocional de homens e animais, uma vez que humanos tecem vínculos emocionais que excedem a mera comunicação pautada na busca pela sobrevivência, observada nos animais (DAMÁSIO, 1996; LENT, 2005).

Retomando o já citado caso de Phineas Gage, pode-se fazer uma associação entre sua lesão no lobo frontal e seu déficit na tomada de decisões, que é acompanhada de um comportamento social deturpado. Como a comunicação social é regida por processos emocionais, os quais estavam comprometidos devido ao dano no lobo frontal, Gage estava impedido de executar sua sociabilidade, fato que comprometeu seu futuro profissional, uma vez que apresentava certa insubordinação e inapetência a determinadas tarefas (DAMÁSIO, 1996; LENT, 2005).

EMOÇÕES PRIMÁRIAS

As emoções primárias podem ser observadas sob o prisma de emoções básicas, estando presentes tanto em animais quanto em humanos, cuja relevância está na preparação do organismo para a reação a determinado estímulo. Deste grupo emocional é possível citar o medo e a raiva como emoções essenciais, além do prazer, que é engajado no âmbito da recompensa. São emoções inatas, pré-organizadas e que dependem essencialmente da rede de circuitos do sistema límbico (DAMÁSIO, 1996).

Desde o nascimento encontram-se instaladas certas programações emocionais, relacionadas principalmente à sobrevivência do indivíduo. Características sonoras (rugidos, deslocamentos rastejantes), visuais (porte e envergadura grandes) e sensitivas (dores) despertam inatamente emoções como o medo. Tal medo será inespecífico, uma vez que as caracte-

rísticas citadas acima remetem a uma infinidade de situações e objetos, sendo o medo, portanto, não do objeto em si, mas de qualquer coisa que apresente as mesmas características. Exemplo disto é o medo de gato que um bebê pode desenvolver. O bebê ainda nem faz ideia do que é um gato, mas reconhece na vocalização do gato, na figura de suas arranhaduras, potenciais objetos desencadeadores de medo (DAMÁSIO, 1996).

A resposta ao estímulo/objeto que desperta emoção pode se expressar de duas maneiras: *a priori*, de maneira inata, involuntária e genérica, para posteriormente de maneira mais específica, com a consciência de que tal objeto deve ser evitado (DAMÁSIO, 1996).

Todavia, as emoções primárias não abrangem toda a gama emocional humana; elas contribuem em um processamento emocional básico. Para explicar a complexidade das emoções humanas são necessárias emoções secundárias (DAMÁSIO, 1996).

EMOÇÕES SECUNDÁRIAS

As emoções secundárias podem ser observadas como exclusivas dos seres humanos, sendo manifestações adquiridas e mais duradouras, e por serem mais bem elaboradas mentalmente, uma vez que são construídas a partir das manifestações inatas, recebem muitas vezes a denominação de sentimento (DAMÁSIO, 1996).

O processo que produz uma emoção secundária é constituído por uma série de considerações deliberadas e conscientes acerca da relação do sujeito emocional com o objeto da emoção, sendo tais considerações tanto verbais (frases relativas, nomes, atributos), quanto não verbais (odor, aparência, determinados lugares). Tais considerações encontram expressão na forma de imagens mentais que promoverão, na forma de pensamento, uma avaliação cognitiva do conteúdo dos acontecimentos relacionados ao sujeito. Então, em um patamar não consciente e com cunho automático e involuntário, ocorre a reação de estruturas límbicas como o córtex pré-frontal com as imagens mentais, que incorporaram à emoção do presente momento aspectos relativos à experiência individual do sujeito (DAMÁSIO, 1996).

As respostas decorrentes de uma emoção secundária exigirão o esforço coordenado de diversos mecanismos cerebrais e sistemas corporais, sob o comando do sistema nervoso autônomo. No entanto, as categorizações de emoções primárias e secundárias estão vinculadas, uma vez que a natureza não construiu mecanismos independentes para a expressão de emoções primárias e secundárias. Restringiu-se simplesmente a permitir que as emoções secundárias se exprimissem pela via já preparada para as emoções primárias (DAMÁSIO, 1996).

TEORIAS EMOCIONAIS

Teoria de William James

O médico, psicólogo e filósofo William James foi um dos pioneiros no estudo das emoções. Damásio expõe muito bem o cerne da teoria de James, que residia na

(...) existência de um mecanismo básico em que determinados estímulos no meio ambiente excitam, por meio de um mecanismo inflexível e congênito, um padrão específico de reação do corpo. Não havia necessidade de avaliar a importância dos estímulos para que a ação tivesse lugar. Na sua própria [de William James] afirmação lapidar: “Cada objeto que excita um instinto excita também uma emoção”. (DAMÁSIO, 1996, p. 159)

Contudo, atualmente sabe-se que as emoções são desencadeadas por um processamento mental involuntário e não automático, e que a exposição de James, na qual as emoções são respostas cognitivas às informações sensoriais periféricas, funcionaria quando aplicada às emoções dos primórdios da vida, mas não à gama emocional presente na vida de um indivíduo adulto. Além do fato de que possam existir outros mecanismos que promovam as sensações corporais descritas por James como inerentes às emoções (DAMÁSIO, 1996).

A teoria de James é reconhecida devido ao fato de ele ter elucidado a questão de que alterações nos parâmetros das respostas corporais atuam diretamente na intensidade de uma experiência emocional, como

uma espécie de *feedback* que modula a experiência de uma emoção (DALGLEISH, 2004).

Teoria de Cannon-Bard

A teoria dos fisiologistas Walter Cannon e Phillip Bard contrapõe o argumento de James de que as emoções são respostas cognitivas frente às informações sensoriais periféricas. Cannon e Bard, por meio de experimentos com gatos com lesões no córtex cerebral que estavam sujeitos a ataques repentinos de raiva (em um fenômeno que denominaram de “falsa fúria”), argumentaram que se as emoções fossem decorrentes de variações na percepção corporal, estariam totalmente dependentes de um córtex sensorial intacto, o que não era visível nos gatos, que mesmo com o córtex lesionado expressavam emoções (DALGLEISH, 2004, p. 583).

O experimento de Cannon e Bard provou que a teoria de James era errônea, resultando na proposição da primeira teoria substancial sobre o processamento cerebral das emoções. Tal processamento tinha como egiide o tálamo, que coordenaria o processamento emocional, e o hipotálamo seria a via de manifestação fisiológica de determinada emoção, estando envolvido nas respostas aos estímulos emocionais, e tais respostas poderiam ser inibidas por regiões evolutivamente recentes (neocórtex) (DALGLEISH, 2004; BRANDÃO, 2004).

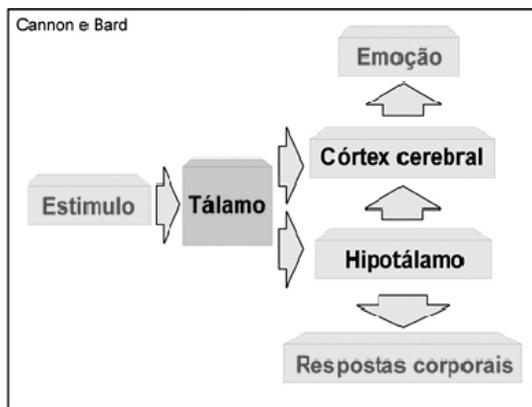


Ilustração 2 – Esquema da teoria de processamento emocional proposta por Walter Cannon e Philip Bard.

Fonte: BRANDÃO, 2004, p. 124.

Teoria de James Papez – o circuito de Papez

A teoria do neuroanatomista James Papez propunha que o processamento emocional era decorrente de um circuito de regiões associadas dispostas de modo “circular”, que envolviam a emoção, as reações comportamentais e as reações fisiológicas. As regiões do circuito atuavam de forma unida e coordenada; são elas: córtex cingulado, hipocampo, hipotálamo, tálamo e núcleos anteriores de tálamo (LENT, 2005; ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

Papez propôs duas vias de entrada da informação sensorial ao tálamo. Em uma via, a informação sensorial chegava ao tálamo transmitida diretamente ao córtex sensorial e/ou ao hipotálamo. Uma vez no córtex sensorial, a informação era revertida ao córtex cingulado e ocorreria a produção da emoção, enquanto no hipotálamo seria produzida uma resposta corporal.

Na outra via, a informação chega ao tálamo, é transmitida ao hipotálamo, que direciona ao tálamo anterior, enviando a informação ao córtex cingulado, onde a emoção é produzida; então a informação é direcionada ao hipocampo, que é importante no armazenamento da experiência emocional e na tomada de decisões; do hipocampo, a informação é retransmitida ao hipotálamo, que promove a estimulação do SNA a produzir respostas corporais adequadas (DALGLEISH, 2004).

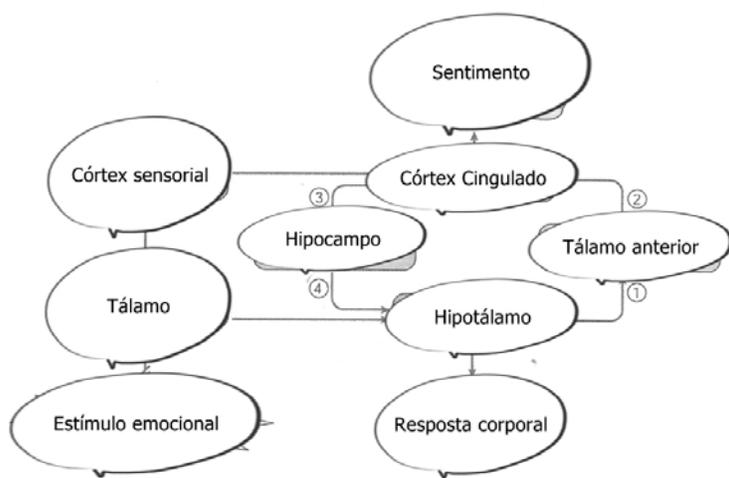


Ilustração 3 – Esquema do Circuito de Papez²

²Fonte: DALGLEISH, 2004, p. 584.

Teoria de Paul MacLean – o sistema límbico

A proposta do neurocientista Paul MacLean consistia, numa perspectiva neojamesiana, na tese de que as experiências emocionais abrangem as sensações provenientes do meio externo, que conduziriam a mudanças corporais; quando o cérebro recebe a informação acerca de tais mudanças, promove a integração das mudanças com a percepção de meio externo, provocando a experiência emocional. MacLean propôs que tal integração era proveniente da interligação de estruturas, que foram agrupadas no sistema límbico (DALGLEISH, 2004).

MacLean aproveitou o termo “lobo límbico”, do anatomista Paul Broca, que designa um anel composto por um contínuo de estruturas corticais situadas nas faces medial e inferior do cérebro, para a criação de um modelo de processamento emocional que aproveitava as estruturas descritas por Papez (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

² Teoria do circuito de Papez da neuroanatomia funcional da emoção. Papez propôs uma série de conexões do hipotálamo para o tálamo anterior (1) e para o córtex cingulado (2). As experiências emocionais ou sentimentos ocorrem quando o córtex cingulado integra estes sinais do hipotálamo com informações do córtex sensorial. A saída do córtex cingulado ao hipocampo (3) e, em seguida, para o hipotálamo (4), permite o controle cortical do emocional respostas. Esquema do circuito de Papez adaptado da revista *Nature*.

Além das estruturas presentes no Circuito de Papez, foram incluídas novas estruturas, que se apresentaram como dotadas de grande importância, como a amígdala, o córtex pré-frontal (PFC), o giro do cíngulo, o giro para-hipocampal, o núcleo accumbens e área do septo. Há divergência entre os neurobiologistas quanto à composição do Sistema Límbico, mas as estruturas acima mencionadas são consenso entre eles, dentro das ressalvas que cabem ao hipocampo e aos núcleos anteriores do tálamo, que parecem apresentar uma função menor no processamento emocional do que a imaginada por MacLean. O hipocampo estaria mais envolvido nos processos de memória, inclusive a memória emocional (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008; DALGLEISH, 2004).

Há também a crítica quanto à existência de um único sistema das emoções, uma vez que há diversos circuitos e redes neuronais que se correlacionam com os estados emocionais (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

RAIVA

A seguir, a emoção raiva será retratada sob o aspecto de agressão, uma vez que a agressão é, na maioria das vezes, o principal mecanismo de extravasamento da raiva e/ou fúria de um indivíduo.

Segundo Lent (2005), raiva é a emoção que vai determinar o comportamento de agressão e/ou ataque, seja de caráter ofensivo ou defensivo.

Pode-se relacionar a agressão ao medo, uma vez que esta pode ser subsequente a ele, acompanhada da dimensão subjetiva através do sentimento de raiva. Tal sentimento estimulará o indivíduo a se defender do sujeito causador do medo, bem como a atacá-lo. No entanto, medo e raiva são emoções distintas, sem a obrigatoriedade de uma ocorrer em função da outra, além de apresentarem componentes subjetivos e comportamentais distintos, e por vezes opostos (LENT, 2005).

A agressividade presente nos seres humanos distinguiu-se da presente nos animais por ter perdido grande parte de seu valor quanto à sobrevivência do indivíduo, uma vez que os mecanismos cognitivos racionais controlam-na (LENT, 2005).

Estudos em animais identificaram dois padrões de comportamento agressivo: a agressão predatória e a afetiva. A agressão predatória é visualizada na busca por alimento, durante a qual, muitas vezes, o animal deve ser agressivo para dominar e abater a presa que lhe servirá de alimento. Já a agressão afetiva está relacionada à sobrevivência da espécie, quando o animal, para conquistar um parceiro para a procriação, se envolve em disputas para se mostrar o mais forte e mais apto, e para a exibição para o parceiro em potencial (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

MEDO

○ medo é uma emoção negativa, proveniente de estímulos aversivos, e apresenta-se de duas formas: incondicionado e condicionado.

○ medo incondicionado é uma forma inata, em que o estímulo aversivo causa medo por si só, não sendo necessária circunstância envolvendo o sujeito e o objeto do medo. Exemplos comuns que provocam medo incondicionado a animais e humanos são ruídos súbitos e altos, estímulos visuais grandes não identificados e que aparecem de súbito no campo visual, dentre outros (LENT, 2005).

A maioria dos estímulos que promovem medo é condicionada. Os estímulos de medo condicionado são, em sua maioria, inócuos, mas que em algum momento foram associados a situações de perigo, na qual o indivíduo sentiu-se ameaçado. Através dos mecanismos de memória, este objeto de medo condicionado é armazenado e, a cada vez que o sujeito encontra seu objeto, este se apresenta com um aviso de que a situação ameaçadora pode acontecer a qualquer instante. Como, por exemplo, ações e fatos que remetam a um gato (não necessariamente a figura de um gato) resgatam uma situação passada, em que um gato lhe feriu, e que pode se repetir a qualquer instante (LENT, 2005).

A intensidade do medo sentido varia de rápido e fugaz a lento e duradouro, dependendo do estímulo que o provoca. Como, por exemplo, quando temos um sobressalto com um ruído alto e desconhecido, mas após o término do ruído constata-se que era um estímulo inócuo e que



cessou. No entanto, há estímulos realmente ameaçadores que se mantêm à espreita, prolongando o medo. Entre esses estímulos destacam-se os estímulos virtuais, que podem não estar presentes, mas cuja iminência prolonga ainda mais o medo. É quando este prolongamento permanece por um período considerável, soma-se a tal medo um estado de estresse, transformando o medo em ansiedade (LENT, 2005).

PRAZER

○ prazer será retratado no âmbito da recompensa. No entanto, será feita uma breve análise acerca do prazer sexual e daquele promovido pela utilização de neurotrópicos, pelo fato de estes apresentarem manifestações fisiológicas melhor descritas na literatura científica do que o prazer promovido pela leitura de um bom livro, ou quando se assiste a um bom filme.

A vida humana em sociedade se construiu sob a face de uma busca ininterrupta de prazer, seja este obtido através da leitura de um bom livro, da degustação de uma boa comida ou boa música, do ato sexual e até de drogas psicotrópicas. ○ prazer aqui retratado parte do pressuposto de que um estímulo apetitivo tende a ser repetido, uma vez que promove uma sensação de bem-estar por ser agradável ao indivíduo.

○ prazer, bem como a fome e a sede, é um estado motivacional. ○ estado motivacional é uma espécie de “impulso interior”, que estimula o organismo a executar uma série de comportamentos, chamados comportamentos motivados, direcionados a determinado objetivo. Tomando o sexo como exemplo, pode-se perceber que os indivíduos são levados, por um impulso interior, a escolher um parceiro, a realizar comportamentos específicos e direcionados à conquista deste parceiro, e a executar atos sexuais que proporcionarão prazer, concretizando seu objetivo (LENT, 2005).

Os comportamentos motivados se apresentam de duas formas: a apetitiva, que engloba atos preparatórios para a satisfação do estímulo motivador, e a consumatória, que engloba os atos que vão, efetivamente, proporcionar a satisfação do estímulo motivador. Tendo, novamente, o sexo como exemplo, pode-se identificar como comportamentos apetitivos

a procura de um parceiro e a conquista do mesmo, e como comportamentos consumatórios o ato sexual propriamente dito (LENT, 2005).

O comportamento sexual, bem como as demais modalidades de obtenção de prazer, é proveniente da interação de sinais químicos e neurais orquestrados pelo hipotálamo e pelo sistema mesolímbico, que responde a estímulos apetitivos e positivos, promovendo a criação de um estado motivacional que direciona a repetição dos comportamentos a fim de obter cada vez mais prazer (LENT, 2005).

O sistema mesolímbico é também conhecido como sistema de recompensa, uma vez que será o “centro” de recompensa, na qual se baseia o prazer. Este sistema apresentará a responsabilidade de promover, como recompensa a comportamentos que se mostrem úteis, sensações de prazer e bem-estar. Com base em um “padrão” promovido por memórias de prazeres passados e pela imaginação de prazeres futuros, o sistema está apto a avaliar, posteriormente, a satisfação obtida em qualquer atividade (HERCULANO-HOUZEL, 2005).

Pode-se atribuir ao sistema mesolímbico possíveis disfunções, cujo resultado é a dependência de drogas. A dependência de drogas é consequência de comportamentos motivados, onde a droga será o reforço positivo que promoverá a repetição de tais comportamentos. Através do estudo farmacológico das drogas, é possível identificar que muitas delas atuam no processo de neurotransmissão dopaminérgico. A principal forma dessa atuação é o aumento nos níveis de liberação da dopamina pelos terminais mesolímbicos, promovendo sensações de prazer (LENT, 2005).

Experimentos realizados com macacos que foram ensinados a realizar tarefas em troca de recompensa, e que tiveram a atividade elétrica dos neurônios da via mesolímbica monitorada, constataram a noção da expectativa de prazer. Esta noção é construída a partir da antecipação dos reforços positivos pelos neurônios mesolímbicos, ou seja, uma aprendizagem dos mesmos. Tal expectativa pode ser observada na ausência da droga em usuários e dependentes (LENT, 2005).



SISTEMA LÍMBICO, SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO E RAIVA

O hipotálamo é uma estrutura determinante na expressão comportamental e fisiológica da raiva. Uma evidência disso foi realizada pelos fisiologistas Walter Cannon e Philip Bard, na década de 1920. Cannon e Bard desconectaram o hipotálamo de gatos do córtex cerebral e do diencéfalo. O que se verificou foi uma transformação no comportamento dos animais, que se tornaram pacíficos e domesticados, apresentando episódios repentinos de raiva a partir de estímulos anteriormente inócuos, como a presença de seu tratador, o que os fisiologistas definiram como pseudorraiva.

A amígdala também está envolvida nos mecanismos de raiva, nos quais a estimulação de seus núcleos basolaterais ativa o hipotálamo e núcleos do tronco encefálico, desencadeando comportamentos de raiva, como a afetiva (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

A conexão da amígdala com o hipotálamo é uma espécie de via eferente aos comportamentos referentes à raiva. O hipotálamo, em sua porção medial, se conecta com a grísea periaquedutal, e a porção lateral, com a área tegumentar ventral, configurando os ataques ofensivos característicos da raiva (LENT, 2005).

Um estudo realizado por Sander et al. (2005) identificou as regiões cerebrais envolvidas no processamento da raiva, percebendo participação da amígdala, em sua porção direita, e do córtex orbitofrontal, dentre outras estruturas. O estudo consistia em mapear as áreas cerebrais utilizando ressonância magnética funcional, mediante a apresentação de vozes furiosas e neutras simultaneamente, optando por qual voz escutar. A amígdala direita era ativada independentemente de a voz ser furiosa ou neutra; o córtex orbitofrontal mostrava atividade mais intensa quando se escolhia a voz furiosa. Pode-se perceber que a associação das áreas mencionadas acima promove o reconhecimento da raiva (SANDER et al., 2005).

A amígdala está associada à percepção de expressões faciais de ameaça, e suas conexões com outras estruturas corticais, como o hipotálamo, possibilitam uma resposta a tal ameaça, na qual estarão envolvidos os mecanismos de luta e fuga (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

A regulação da raiva envolve a serotonina, cujos receptores se localizam principalmente no tronco encefálico e no hipotálamo, e percebe-se um aumento em seus níveis mediante os estímulos agressivos a outro ou ao próprio indivíduo (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008; BRANDÃO, 2004).

SISTEMA LÍMBICO, SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO E MEDO

A amígdala é o “centro” receptor e integrador dos estímulos aversivos que promovem o medo. Seus grupos, com destaque para o basolateral, recebem projeções dos sistemas sensoriais de áreas associativas visuais e auditivas dos lobos temporal e occipital, e de áreas associativas multissensoriais do lobo parietal, além de projeções do tálamo auditivo e visual, contendo estímulos potencialmente causadores de medo (ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008; LENT, 2005).

O grupo basolateral da amígdala emitirá projeções para o núcleo central da mesma, que atuará como disseminador das informações, coordenando as respostas autonômicas e comportamentais (LENT, 2005).

O percurso acima descrito é comum às modalidades de medo incondicionado e condicionado. No entanto, a modalidade condicionada, por apresentar maior complexidade de estímulos, visualizada através de situações sociais de medo e ansiedade, necessita de uma análise prévia do córtex pré-frontal e do córtex cingulado, de onde serão transmitidos para a amígdala (LENT, 2005).

Uma vez que as informações vindas do grupo basolateral da amígdala se encontram no núcleo central, estas são remetidas a dois destinos principais: hipotálamo e substância cinzenta periaquedutal. O hipotálamo será responsável por ativar os circuitos de comando do SNA, endócrino e imune. O SNA atuará aumentando o ritmo respiratório, promovendo o aumento da liberação de noradrenalina pela estimulação do lócus cerelus, tendo como consequência o aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, entre outras manifestações autonômicas.



A substância cinzenta periaquedutal, que é uma região do mesencéfalo, será responsável por respostas comportamentais, que englobam comportamentos de defesa e paralisia (LENT, 2005).

As respostas de defesa a estímulos incondicionados de medo estarão associadas a mecanismos de luta e fuga, coordenados pela amígdala, pelo hipotálamo e pela substância cinzenta periaquedutal, obedecendo a um padrão de respostas estereotipado, caracterizado por uma atividade motora intensa, acompanhada de reações neurovegetativas, como aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da respiração, piloereção, micção, entre outras (BRANDÃO, 2004).

As respostas a estímulos de medo condicionado estarão vinculadas a um sistema de inibição comportamental, coordenado pelo septo e pelo hipocampo. Estas respostas serão descritas através de eventos punitivos, frustração condicionada por meio da supressão do comportamento operante, esquiva, além de a substância cinzenta periaquedutal promover o congelamento passivo, com intensa bradicardia e queda da pressão arterial. Pelo fato de o hipocampo ser uma importante estrutura dos mecanismos de memória, será sua a responsabilidade verificar se os eventos ambientais em curso condizem com a memória de algum comportamento. Em caso negativo, o hipocampo passará a atuar em modo controle, com o aumento da atenção e da vigilância ao meio em relação a estímulos potencialmente perigosos (BRANDÃO, 2004; BRANDÃO et al., 2003; ESPERIDIÃO-ANTONIO et al., 2008).

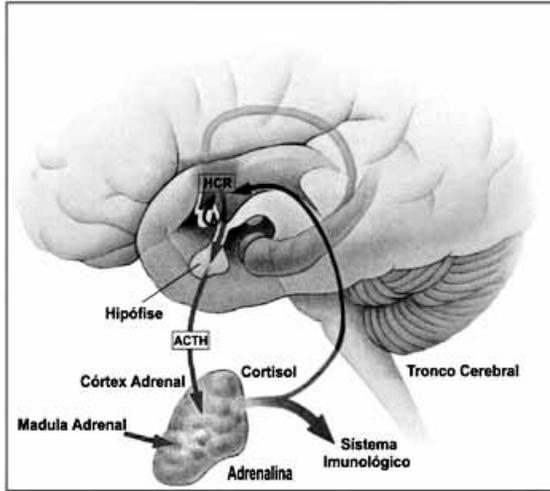


Ilustração 4 – Esquema do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
 Fonte: BRANDÃO, 2004, p. 124.

**CIRCUITO PARA O MEDO
 CONDICIONADO**

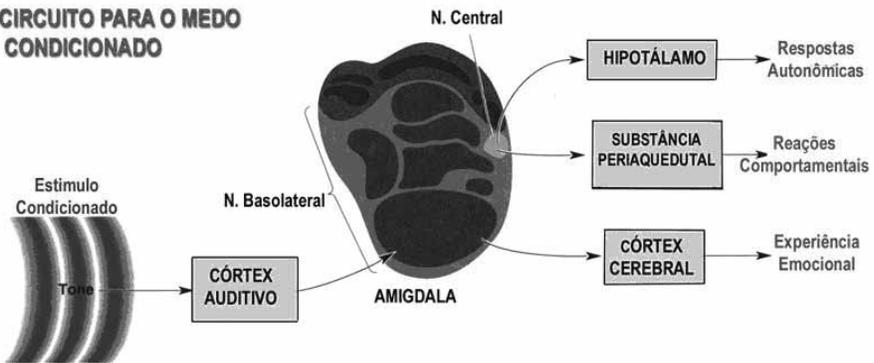


Ilustração 5 – Esquema do circuito para o medo condicionado.
 Fonte: BRANDÃO, 2004.

SISTEMA LÍMBICO, SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO E PRAZER

Estudos executados pelos cientistas James Olds e Peter Milner, entre outros, através da estimulação elétrica no encéfalo de ratos, possibilitou o mapeamento das regiões cerebrais que promovem o prazer. Tais regiões situam-se em torno do feixe proencefálico medial, englobando regiões desde o tronco cerebral e mesencéfalo até os núcleos da base e regiões mediais do córtex cerebral. As regiões mencionadas acima, juntamente com o córtex cingulado anterior, o córtex pré-frontal (PFC), o núcleo acumbens e o hipotálamo constituem o sistema mesolímbico, caracterizado como o “centro de prazer e recompensa” (ESPERIDIÃO-ANTONIO, 2008 et al.; LENT, 2005).

O neurotransmissor dopamina está envolvido na mediação dos efeitos de recompensa. Quando um estímulo apetitivo estimula a produção de dopamina, esta é liberada no núcleo acumbens, promovendo as respostas fisiológicas características do prazer, que possibilitam uma sensação de bem-estar. As drogas que causam dependência química atuam aumentando a eficácia da liberação de dopamina no núcleo acumbens (ESPERIDIÃO-ANTONIO, 2008 et al.; LENT, 2005).

A ativação do sistema mesolímbico acontecerá, principalmente, quando ocorrer o aumento do funcionamento do núcleo acumbens. Tal aumento é proveniente do aumento da injeção de dopamina sobre os neurônios do núcleo acumbens. O aumento dos níveis de dopamina injetados sobre o núcleo acumbens é derivado da chegada de informações do PFC, acerca do sucesso do objetivo do comportamento motivado ou de algum acontecimento novo e surpreendente (HERCULANO-HOUZEL, 2005).

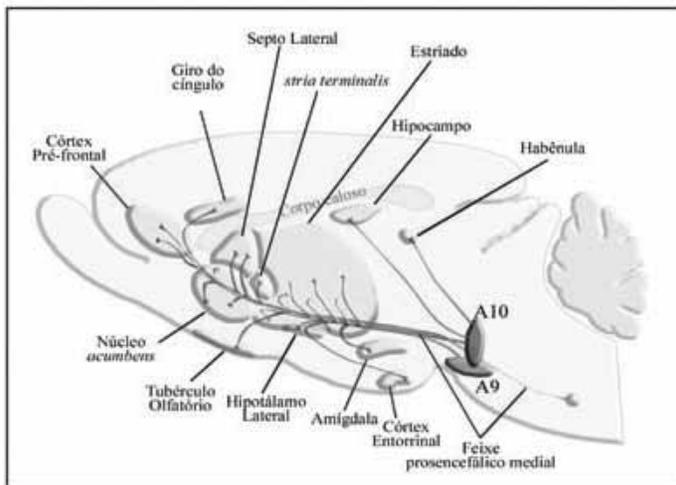


Ilustração 6 – Esquema das principais vias dopaminérgicas.
 Fonte: BRANDÃO, 2004, p. 139.

Prazer e drogas de abuso

Há diferentes formas de entrada de drogas no organismo. As diferentes vias de acesso determinarão a rapidez dos efeitos desencadeados pela droga (RETONDO; FARIA, 2008). As drogas podem ser ingeridas por via oral, como o álcool, comprimidos, chá de cogumelos, entre outras. A droga ingerida por via oral deve ser bastante resistente à ação das enzimas digestivas. Devido ao fato de passarem pelo trato digestivo, a ação destas drogas é mais lenta, começando em média 20 minutos após o consumo.

As drogas que entram em contato com as mucosas, como o LSD, que pode ser pingado no olho, apresentam uma absorção mais rápida, e conseqüentemente seus efeitos aparecem mais rápido que as drogas ingeridas via oral (RETONDO; FARIA, 2008).

As drogas que são aspiradas como a cocaína, heroína e as que são fumadas como a maconha, o crack e o tabaco são absorvidas pelos vasos sanguíneos da cavidade nasal e dos alvéolos pulmonares, respectivamente, de maneira muito rápida, em 3 minutos em média. Já as drogas injetáveis, como a heroína e a morfina, entram diretamente na corrente

sanguínea, apresentando seus efeitos em questão de poucos segundos (RETONDO; FARIA, 2008).

Uma vez no organismo, não é fácil uma droga atingir o SNC; é necessário que ela atravesse a barreira hematoencefálica. Para tanto, a droga deve ser lipossolúvel ou se associar a alguma molécula que a transporte até o encéfalo. Na maioria das vezes, as drogas atuam no SNC através da interação com receptores de neurotransmissores, atuando como agonistas (desencadeando resposta biológica igual ao neurotransmissor) ou antagonistas (não promovendo a resposta biológica, por bloquear a ação do neurotransmissor) (RETONDO; FARIA, 2008).

A motivação biológica para o consumo de drogas é proveniente de um déficit no sistema de recompensa, que é justificado pela redução dos níveis de dopamina no núcleo acumbens e nos neurônios pós-sinápticos da via mesolímbica. Uma vez o sistema de recompensa em baixa, o organismo vai recorrer a ações e substâncias que o recuperem, e como a maior parte das drogas de abuso atuam como agonistas de neurotransmissores, principalmente a dopamina, há o aumento da mesma, recuperando um sistema de recompensa em baixa (HERCULANO-HOUZEL, 2005; CLAUDIO-DA-SILVA; AMARAL, 1999).

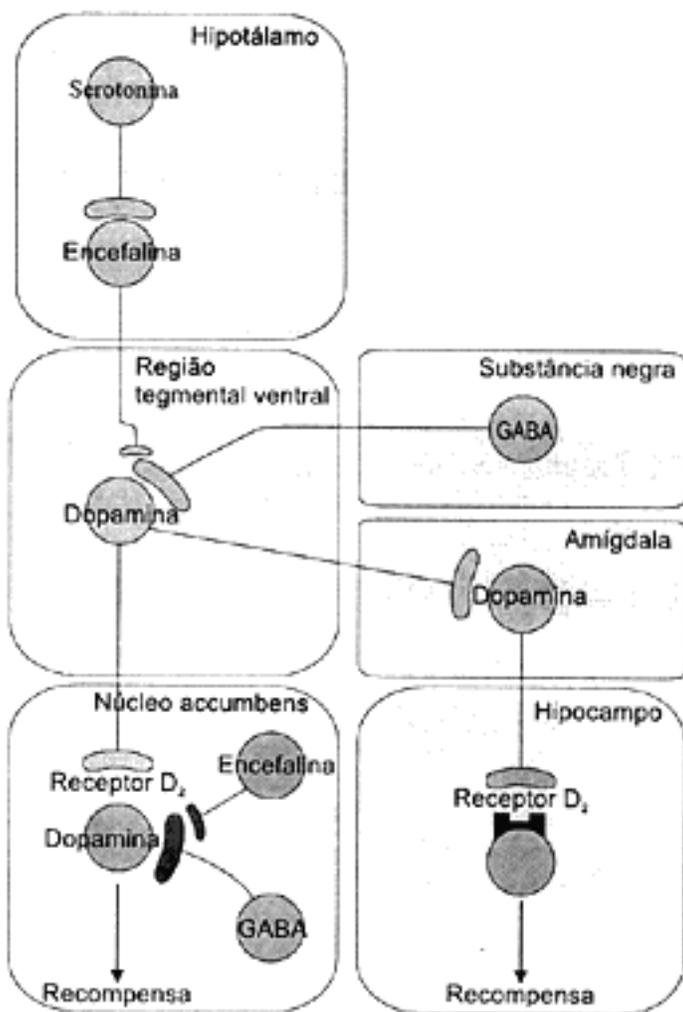


Ilustração 7- Esquema da cascata de recompensa.
 Fonte: OLIVEIRA, 1999.

No hipotálamo, a atividade excitatória dos neurônios serotoninérgicos promove a liberação de um peptídeo (metaencefalina), que atuará inibindo a atividade inibitória do GABA sobre os neurônios dopaminérgicos no núcleo acumbens. Com isso, não há impedimento para a liberação de dopamina sobre o núcleo acumbens, promovendo a sensação de recompensa e bem-estar (CLAUDIO-DA-SILVA; AMARAL, 1999).

Como exemplo de drogas de abuso que seguem os mecanismos citados acima, pode-se mencionar as anfetaminas, como o ecstasy, que são os mais comuns psicoestimulantes. As anfetaminas atuam como agonistas indiretos de neurotransmissores como a dopamina, a serotonina e a norepinefrina, aumentando, portanto, a liberação destes neurotransmissores, principalmente a dopamina, sobre o núcleo acumbens. Esse aumento da liberação é proveniente da ausência da despolarização do terminal nervoso (CLAUDIO-DA-SILVA; AMARAL, 1999).

Apesar de o mecanismo de dependência ainda não estar bem esclarecido, sabe-se que a dependência química causada pelas drogas de abuso é consequência de uma redução natural da produção de dopamina, o que impulsiona o consumo de droga cada vez mais intenso, a fim de estimular a liberação e suprimindo a carência de dopamina (CLAUDIO-DA-SILVA; AMARAL, 1999).

Como a droga de abuso é uma substância nociva ao organismo, este tenta eliminá-la. No entanto, o consumo de drogas em longo prazo força o organismo a se adaptar à sua presença. Com a adaptação do organismo à droga, há a tolerância aos efeitos da mesma, que parecem se reduzir a cada nova dose, exigindo doses crescentes a fim de obter o mesmo efeito (CLAUDIO-DA-SILVA; AMARAL, 1999).

A droga pode acabar modificando a comunicação química entre os neurônios, tornando o indivíduo mais sensível a ela, pelo fato de causar a destruição de determinados órgãos e/ou tecidos, como pode ser visto em alcoólatras, que, conforme seus fígados são destruídos, o álcool deixa de ser metabolizado devidamente, chegando praticamente inalterado ao cérebro (RETONDO; FARIA, 2008).

Caracteriza-se síndrome de abstinência o conjunto de sintomas e sinais, geralmente opostos ao efeito de determinada droga, que provocam

intenso desconforto ao indivíduo. Um dos principais sintomas de diversas drogas é a redução do interesse/prazer a estímulos recompensadores (O'BRIEN; COVEY; apud PLANETA; CRUZ, 2005).

As crises de abstinência causadas pela privação da droga ao viciado são consequência da redução dos níveis de dopamina, que estavam passando por natural redução, mas eram repostos pelo consumo da droga, deixando o viciado desesperado (RETONDO; FARIA, 2008).

Prazer e sexo

O comportamento sexual é constituído por dois estágios. O primeiro é caracterizado por comportamentos motivados que promovem a aproximação dos indivíduos, que emitem sinais, deliberados ou não, a fim de atrair o potencial parceiro. Nesse momento as informações advindas da conquista começam a ser processadas pelo PFC (CARDOSO, 1997; LENT, 2005).

Uma vez que se obtenha sucesso com a conquista, os comportamentos motivados que eram apetitivos passam a consumatórios, que tendem a preparar o organismo para o ato sexual (CARDOSO, 1997; LENT, 2005).

Nesse período de preparação para o ato sexual há determinadas fases de desejo durante as quais cresce a excitação entre os indivíduos, resultado da ativação do Sistema Mesolímbico, com o início da injeção de dopamina no núcleo acumbens. A excitação é resultado de estímulos sensoriais provenientes, principalmente, da estimulação mecânica da genitália, que partem da medula espinhal (CARDOSO, 1997; LENT, 2005).

Na fase da excitação, ocorre a preparação do organismo para o ato sexual, por meio do aumento da contração muscular, da frequência cardíaca, do fluxo sanguíneo para o pênis/clitórís, do tamanho do pênis/clitórís e da temperatura da pele. Há o umedecimento e alargamento do canal vaginal e a vasocongestão de clitórís, pênis e mamilos (CARDOSO, 1997).

Em seguida, há a fase de *plateau*, que é o momento pré-orgásmico. Há o aumento da frequência respiratória e ainda maior da contração muscular. Há a ereção completa, com o aumento do diâmetro do pênis, inchaço da glândula, exposição do clitórís, com sua contração, e da vagina.



Há vasodilatação na face, peito e pescoço e a emissão de fluido pré-ejaculatório (CARDOSO, 1997).

Na fase orgásmica há a inundação do núcleo acumbens de dopamina, promovendo uma sensação intensa e repentina de prazer. Há a ejaculação e contrações vaginais intensas e agradáveis e a aceleração da frequência cardíaca (CARDOSO, 1997; LENT, 2005).

Após a fase orgásmica, há a fase de resolução, na qual ocorre um declínio, principalmente nos homens, da excitação, permanecendo baixa por um período chamado refratário. Já as mulheres não apresentam o período refratário, possibilitando múltiplos orgasmos mediante a estimulação continuada (CARDOSO, 1997; LENT, 2005).

O hipotálamo será responsável por orquestrar os processos fisiológicos acima referidos. Receptores de hormônios esteroides, com destaque para o estradiol, presentes no hipotálamo, são ativados, promovendo o disparo para os processos fisiológicos acima (CARDOSO, 1997; LENT, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estímulo emocional advindo das diversas vias sensoriais será encaminhado às estruturas do córtex cerebral, das quais se destacam as estruturas do sistema límbico.

As estruturas do sistema límbico processarão as informações advindas deste estímulo emocional, avaliando-as e interpretando-as, com destaque para a amígdala, que nas três emoções estudadas, raiva, medo e prazer, apresenta a funcionalidade de integrar as informações que estão sendo processadas, emitindo-as às estruturas que elaborarão a devida resposta.

Dentre as estruturas às quais a amígdala emite informações, o hipotálamo é de fundamental importância, uma vez que este promove os ajustes fisiológicos necessários através da ativação do sistema nervoso autônomo, que no caso de medo e raiva promoverá as reações de luta e fuga, e nos de prazer, principalmente no advindo da relação sexual, pro-

moverá as alterações passageiras nos órgãos que culminam na obtenção da sensação de saciação e bem estar.

Após este processo, cabe ao hipocampo, pertencente ao sistema límbico, mas com importantes funções nos mecanismos de armazenamento de memórias, a produção de memórias da experiência emocional vivida e das sensações experimentadas. Estas memórias serão resgatadas mediante a exposição ao objeto que desencadeou determinada emoção, ou por outras formas de lembrança.

É bem perceptível que o cerne deste trabalho sempre foi a descrição e análise dos mecanismos neurobiológicos das emoções. No entanto, nenhum ser humano é uma máquina precisa e igual, há inúmeras especificidades que tornam cada indivíduo diferente e único. O que foi descrito acerca das emoções segue um caráter genérico e básico, que deveria abranger todos os indivíduos, contudo, há sempre exceções.

O que parece ser o mais importante é a descoberta de que o maravilhoso conjunto de mecanismos neurobiológicos não acontece de maneira isolada. Todos os eventos acontecem de maneira coordenada. E o principal é o fato de que o componente individual de cada ser humano vai acrescentar o distinto tom a cada emoção, promovendo uma incrível diversidade emocional.

É óbvio que se torna quase impossível não viver as três emoções citadas ao longo deste trabalho durante a elaboração do mesmo. Ao deparar com um tema tão complexo, há o medo. Ao perceber que o entendimento de determinados conceitos é difícil e o material disponível é escasso, há a raiva. E ao perceber que todo o esforço não foi em vão, e que este trabalho apresenta alguma qualidade, há o prazer.

Retomando a ideia de emoção relacionada à paixão, e que as emoções abrangem componentes corporais, mas que não precisam restringir-se a estes, há uma contradição, proposital, com a excessiva descrição de manifestações corporais ao longo do texto. No entanto, deve se tornar claro que este trabalho poderia ter analisado tantas outras emoções; mas por que isso não ocorreu? Não ocorreu porque a maioria da gama emocional humana é de difícilíssimo correlato fisiológico descrito na literatura científica. No entanto, este estudo não foi em vão, pois certamente foi o

embrião de uma percepção a ser ampliada da compreensão científica de manifestações tão subjetivas como as emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, Marcus Lira. *As bases biológicas do comportamento: introdução à neurociência*. São Paulo: EPU, 2004.

_____. et al. Organização neural dos diferentes tipos de medo e suas implicações na ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, supl. 2, p. 36-41, dez. 2003.

CARDOSO, Silvia Helena. *Fases da excitação*. Campinas: Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas, 1997. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n03/mente/normal.htm>. Acesso em: 7 out. 2010.

CLAUDIO-DA-SILVA, Tereza Sollero; AMARAL, Julio Rocha do. Abuso de drogas. *Revista Cérebro e Mente*, v. 3, n. 8, jan.-mar. 1999. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n08/doencas/drugs/abuse.htm>. Acesso em: 7 out. 2010.

DALGLEISH, Tim. The Emotional Brain. *Nature*, Nova York, v. 5, p. 582-589, July 2004.

DAMÁSIO, Antonio R. *O erro de Descartes: emoção razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ESPERIDIÃO-ANTONIO, Vanderson et al. Neurobiologia das emoções. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 55-65, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n2/a03v35n2.pdf>. Acesso em: 7 out. 2010.

GUYTON, Arthur C. *Fisiologia humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

_____; HALL, John E. *Tratado de fisiologia médica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. *O cérebro em transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

LENT, Roberto. *Cem bilhões de neurônios*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

KING, Michael W. *Neurotransmissores: diversidades e funções*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2000. Disponível em: http://www.cerebromente.org.br/n12/fundamentos/neurotransmissores/nerves_p.html. Acesso em: 7 out. 2010.

MORA, José Ferrater. *Dicionário de filosofia*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

OLIVEIRA, Jorge Martins de. *Síndrome de deficiência da recompensa*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n08/doencas/drugs/sindrome.html#autor>. Acesso em: 15 nov. 2010.

PLANETA, Cleópatra S.; CRUZ, Fábio C. Bases neurofisiológicas da dependência de tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 251-258, set.-out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27699.pdf>. Acesso em: 7 out. 2010.

RETONDO, Carolina Godinho; FARIA, Pedro. *Química das sensações*. Campinas: Átomo, 2008.

SABBATINI, Renato M. E. *The History of Psychosurgery*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1997. Disponível em: http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/psicocirg_i.htm. Acesso em: 30 set. 2010.

SANDER, David et al. Emotion and Attention Interactions in Social Cognition: Brain Regions Involved in Processing Anger Prosody. *Neuroimage*, Holanda, v. 28, n. 4, p. 848-858, Dec. 2005. Disponível em: http://labnic.unige.ch/papers/DS_etal_NI2005.pdf. Acesso em: 2 set. 2010.

SPENCE, Alexander P. *Anatomia humana básica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1991.

TORTORA, Gerard J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. *Princípios de anatomia e fisiologia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____; _____. *Princípios de anatomia e fisiologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VOLCHAN, Eliane et al. Estímulos emocionais: processamento sensorial e respostas motoras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, supl. 2, p. 29-32, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s2/a07v25s2.pdf>. Acesso em: 7 out. 2010.



CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA NAS FAVELAS DO RIO DE JANEIRO

Ângela Maria Abreu e Silva¹

A discussão sobre a criminalização da pobreza na atual sociedade tem por objetivo verificar as raízes históricas que a ocasionaram, para que se avaliem formas de enfrentar essa problemática. Hoje em dia, muitos jovens que moram em periferias, principalmente se forem negros, ainda enfrentam dificuldades em suas relações com o meio em que vivem, como, por exemplo, para conseguir espaço no mercado de trabalho. Isto porque, apesar do fim da escravidão, muitos estereótipos formados a respeito do negro e do pobre persistem sobre esses indivíduos.

Criminalizar a pobreza significa atribuir ao pobre o título de criminoso simplesmente pelo fato de ele ser pobre. Levando em conta essa definição, nossa tese é a de que o pobre é visto como um perigo em potencial, que precisa ser combatido. Por conseguinte, em vez de construir mais escolas e oferecer mais empregos para jovens moradores de periferias, o Estado exerce políticas repressivas para encarcerar esses cidadãos, que têm sua cidadania anulada.

Precisamos contextualizar historicamente esse fenômeno. Além disso, devemos também analisar o papel dos atores sociais que legitimam a criminalização da pobreza por meio da propagação de um discurso preconceituoso, que anula a dignidade da população, carente de serviços públicos, bens, educação e saúde.

Como primeiro passo, temos de entender o conceito de pobreza. Ele tem um sentido multidimensional, e uma dessas dimensões, hoje em dia, é a capacidade de consumir.

A linha de pobreza pode variar consideravelmente de uma sociedade para outra; sendo assim, quanto melhor for o desenvolvimento social e

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Direito na Universidade Cândido Mendes (UCAM). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Alexander de Carvalho (doutorando em Filosofia), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: angeelamaria@gmail.com

econômico de uma sociedade, mais alta será a linha de pobreza. Existem concepções de pobreza que abarcam outros aspectos além do consumo, incluindo também indicadores básicos, como ausência de serviços essenciais para a população (acesso à educação, à saúde etc.) e taxas de violência.

(...) a substituição da renda pelo consumo na definição das linhas de pobreza não resolve o problema. A insuficiência de indicadores simples como poder de compra ou disponibilidade de alimentos para a análise da qualidade de vida – e, por conseguinte, da pobreza – é notória. (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006, p. 86)

Deste modo, criminalização da pobreza seria tratar todos os indivíduos pobres, que não possuem recursos financeiros para o consumismo, como criminosos, considerando que, por serem pobres, suas ações tendem à violação da ordem moral e civil, e por isso devem ser punidos. Sendo assim, toda manifestação, seja de ordem social, cultural ou política que parta das populações mais necessitadas será criminalizada. Exemplo disso é a criminalização de movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores Rurais SemTerra (MST) e culturais como o funk.

A partir de uma análise histórica da sociedade brasileira, verifica-se que o pobre sempre foi tratado como um perigo e como alvo fácil de acusações. Essa necessidade de criminalizar a pobreza apresentou seus primeiros sinais no século XIX. Nessa época, o país tinha de lidar com a recente abolição da escravatura, o crescimento demográfico acelerado nas grandes cidades, a carência de saneamento básico e a forte influência do modelo civilizatório europeu.

As elites brasileiras tinham uma forte ligação cultural, política e intelectual com a Europa. Muitos intelectuais brasileiros viajavam para a Europa e retornavam ao país motivados pelos ideais europeus e com anseio de fazer do Brasil também uma grande nação, segundo os moldes da Europa. Baseada nisso, a sociedade brasileira atravessou um momento de grandes modificações no seu padrão de vida, passando a valorizar uma nova forma de arquitetura, de hábitos, uma nova noção do privado e uma nova relação do homem com o espaço urbano em que está inserido.

Entre as modificações, pode-se citar a importância que é atribuída às decorações da casa, às divisões dos cômodos, de forma a garantir a privacidade de cada membro da família, e às boas maneiras, como o uso de talheres e da mesa de jantar (MAIOLINO, 2008).

No entanto, esse clima de mudanças era experimentado apenas pelas elites brasileiras. Enquanto isso, os pobres continuavam em casas com pouca privacidade, sem muitos cômodos, e longe da possibilidade de aquisição das presumidas boas maneiras eram disseminadas pelo novo padrão de vida que surgia nesse momento histórico. Conseqüentemente, tornam-se cada vez mais notáveis as distinções entre a vida das classes mais altas e a das classes mais baixas. Olhar para o pobre e ver sua falta de modos, sua falta de educação e de higiene, era como olhar para um passado que a sociedade se esforçava para esquecer. Logo, não demorou muito para que o pobre passasse a ser motivo de rejeição.

Nesse mesmo período, o país enfrentava um processo de urbanização que colocava cidades como Rio de Janeiro e São Paulo diante de um grande crescimento demográfico. Muitos moradores de outras regiões, sobretudo nordestinos, vinham para o Sudeste com o sonho de melhorar suas condições de vida. Em pouco tempo, o sonho de muitos migrantes era desconstruído, pois ao chegar às grandes cidades não encontravam as oportunidades desejadas e acabavam padecendo na pobreza. A falta de infraestrutura para suportar o crescente e acelerado aumento populacional teve como consequência problemas de moradia, de saúde e de violência.

A população formada por desempregados e ex-escravos recentemente libertos que não encontravam perspectivas para se inserir na sociedade logo foi apontada como a causa de todos os problemas enfrentados pela sociedade naquela época. Afinal, a pobreza não se encaixava nos novos hábitos e condutas que passaram a ser estimados. Atribuiu-se até a essa população a causa dos problemas higiênicos e sanitários. E sob este pretexto, o maior cortiço do estado do Rio de Janeiro, chamado Cabeça de Porco, foi demolido, dando a impressão não de uma violência, mas de progresso.

No século XX, o desejo de tornar o país um paradigma de modernidade se acentua e valoriza cada vez mais um modelo de cidade higiênica.

No Rio de Janeiro são feitas intervenções no espaço urbano em pontos estratégicos da cidade, sobretudo no Centro e na Zona Sul. No entanto, intervir para melhorar certas áreas significava ter de demolir outras. Obviamente, mais cortiços foram demolidos, e essas famílias ficavam sem ter para onde ir, tendo que recorrer a favelas na periferia da cidade.

Em suma, enquanto a cidade se encaminhava para significativas melhorias de vida das elites, a população pobre era exposta a situações de vida ainda mais precárias e, além de tudo, tinha de conviver com os estigmas criados por essa nova civilização. A modernização do Rio de Janeiro se deu baseada no descaso com essa gente mais humilde e com a tentativa pulsante de sempre reduzi-la a um mal que deve ser combatido. Atualmente, a pobreza continua sendo alvo desse descaso.²

A questão é que está impregnado nas raízes dos valores sociais o reconhecimento do pobre como alguém que deve ser motivo de rejeição e desconfiança. E por esta já ser uma atitude tão naturalizada, as pessoas tendem a tomar esse discurso como uma verdade clara, sem questionar sua origem. Desde crianças, somos acostumados a ouvir piadas com pobres, nordestinos ou negros, e quando nos tornamos adultos, esse discurso preconceituoso flui com naturalidade e sem questionamento.

Criminalizar a pobreza é a forma como o Estado lida com os problemas advindos de sua inoperância em garantir bem-estar para todos. É muito mais cômodo aderir ao pobre a culpa pela sua própria pobreza do que estar disposto a discutir as raízes históricas que levaram à fome, ao desemprego e à miséria.

Torna-se necessário, para não fugirmos dessa questão nem nos acomodarmos, compreender como se consolida o poder estatal, para então avaliar os motivos pelos quais o Estado sempre se posicionou em favor dos ricos em detrimento dos pobres. Primeiramente, deve-se discutir o que são classes sociais e o que é Estado. O que, afinal de contas, são classes sociais? Segundo Poulantzas:

² Por conta dos preparativos para a Copa do Mundo em 2014 e, principalmente, para as Olimpíadas em 2016, várias favelas no Rio de Janeiro estão sendo alvo do referido “progresso”. Os moradores estão sendo pressionados a deixar suas casas em troca de um pagamento que lhes possibilitaria apenas morar noutra favela, no entanto longe dos centros privilegiados.

As classes sociais são conjuntos de agentes sociais determinados principalmente, mas não exclusivamente, por seu lugar no processo de produção, isto é, na esfera econômica. (POULANTZAS, 1973.)

Seguindo a concepção marxista, a classe dominante corresponde, portanto, àquela que detém os meios de produção, que lhe dotam de condições de explorar aqueles que não os possuem. Estes últimos, diante desta condição, se veem obrigados a vender a única mercadoria que possuem, sua força de trabalho. A partir dessas condições distintas, a relação que se estabelece entre as classes sociais caracteriza-se da seguinte forma:

(...) as relações entre as classes são complementares, pois uma só existe em relação à outra. Só existem proprietários porque há uma massa de despossuídos, cuja única propriedade é sua força de trabalho, que precisam vender para assegurar a sobrevivência. As classes sociais são, pois, complementares e interdependentes. (COSTA, 1992; p. 21)

Nesse sentido, então, o Estado surge, de acordo com a teoria marxista, devido à necessidade de regular a relação entre essas classes. Seu papel é assegurar que os interesses da classe dominante sejam atendidos, e para isso é necessário que as classes dominadas continuem nessa posição de submissão, uma vez que não é possível atender aos interesses da classe dominante sem prejudicar a classe dominada. Afinal, para atender aos mais abastados, é necessário retirar dos menos abastados. Para tanto, é necessário fazer parecer que o Estado exprime a vontade geral da sociedade, e faz isso apresentando os interesses da classe dominante como se fossem os interesses da sociedade como um todo, numa tentativa de fazer os pobres se conformarem com sua condição social ou a naturalizarem.

Isso faz com que até mesmo os pobres se conformem com a sua pobreza, devido à ilusão de que o Estado representaria os interesses da vontade geral. Outro artifício que também era usado para conformar os pobres a esta situação eram argumentos religiosos que afirmavam que cada um nasceria com uma vocação distinta, como afirma Marx:

No transcurso da produção capitalista, desenvolve-se uma classe trabalhadora que, por educação, tradição e costume, aceita as exigências desse modo de produção como leis naturais evidentes. (MARX, 2005, p. 854-855)

Dentro desta lógica, é reflexo do posicionamento do Estado, que favorece as elites, todo o discurso de criminalização da pobreza veiculado dia após dia através dos meios de comunicação, como jornais, revistas e emissoras de TV.

O Estado abusa de seu poder político para promover a segregação social e também racial. Mas, para que sua ideologia tenha amplo alcance, não deixando escapar ninguém, é necessário o auxílio de um segundo ator social: a mídia. Esta que um dia já foi, em parte, alvo de ações repressivas do Estado, na época da ditadura, hoje também atua como representante das classes dominantes e dos interesses das autoridades. Os jornais e telejornais, ao se referirem à violência, não perdem a oportunidade de sempre relacioná-la ao espaço habitado pelos pobres: a favela.

As informações, antes que virem dados e sejam veiculadas, são filtradas, para que se passe adiante somente aquilo que interessa à mídia elitista mostrar. Há um processo de manipulação de dados, para que em manchetes de jornais ou em capas de revistas, ao tratarem de problemas sociais como fome, pobreza e violência, invertam-se os fatores e a culpa sempre acabe recaindo sobre os menos favorecidos. Mas isso tudo é feito de uma forma tão sutil que um leitor ou telespectador menos atento ou menos crítico não notará, pois já é comum atribuir à pobreza qualquer acusação.

Isso pode ser explicado pela atribuição de estigmas. É muito mais simples acusar um indivíduo que já carrega consigo o rótulo de pobre, negro, nordestino e favelado do que um indivíduo que resida na Zona Sul, de cor branca e vestido de acordo com a moda.

Para entendermos melhor o processo de criminalização, é interessante investigar como tais estigmas surgem. Com esse objetivo, precisamos reconhecer o lugar onde eles ganham corpo: a favela.

As primeiras intervenções urbanísticas no Rio de Janeiro, conduzidas pelo prefeito Pereira Passos, que governou entre 1902 e 1906, incluíram

demolição de cortiços. Esses, por sua vez, haviam surgido no século XIX, junto com o início da industrialização do Brasil, e localizavam-se próximo ao centro da cidade, para que os moradores pudessem ficar perto do local de trabalho, visto que muitos eram trabalhadores fabris. Os cortiços eram, então, locais de moradia das classes mais pobres, onde os moradores compartilhavam as instalações sanitárias, como a ducha, os tanques e o banheiro. Sua distribuição espacial era geralmente em forma de corredores formados por uma série de cômodos ou um pátio com os cômodos em volta. Chegava-se a ter até sete pessoas dividindo o mesmo quarto e uma média de 50 pessoas para o mesmo banheiro.

A grande rotatividade de pessoas nos mesmos cômodos, a falta de privacidade, a ausência de boa condição sanitária e a superlotação apontava para a precariedade que era viver em um cortiço. O fato de os cortiços serem locais de moradia popular fazia com que o governo não se preocupasse em oferecer melhores condições habitacionais para essas pessoas. Portanto, o desinteresse agravava ainda mais essa problemática. Além da estrutura espacial ruim, os habitantes ainda tinham de contar com problemas, que apesar de corriqueiros, se não tratados logo se tornavam graves, como a falta de luz, de ventilação e o entupimento de canos. Esses problemas, somados aos já existentes, tornavam os cortiços locais insalubres e, portanto, mais favoráveis à proliferação de doenças contagiosas.

Enquanto as habitações populares apresentavam-se cada vez mais precárias, o país, na transição do século XIX para o XX, passava por um processo de modernização. As moradias das classes mais favorecidas melhoravam cada vez mais em relação à higiene, se aproximando do almejado padrão europeu. O governo também criou sistemas de abastecimento de água, redes de esgoto e redes elétricas. Toda essa modernização foi marcada pela forte exclusão social, já que essas melhorias eram destinadas à classe rica, que quanto mais se desenvolvia, mais contrastava com o estilo de vida dos mais pobres.

O intenso crescimento demográfico dessa transição de séculos resultava diretamente no aumento de pessoas habitando cortiços, já que esse crescimento demográfico deu-se devido ao grande número de imigrantes pobres que vinham para Rio de Janeiro em busca de emprego. Obviamen-

te, a superlotação desses espaços implicava o aumento de insalubridade, que por sua vez gerava surtos de epidemias.

Em um país que buscava o ideal civilizatório europeu, não poderia haver um tipo de habitação que, além de proliferar doenças que atingiriam toda a sociedade, também danificava a paisagem das grandes cidades, já que estas se concentravam nos centros urbanos. Imediatamente, estudantes e profissionais da área sanitária e higienista trataram de condenar esse tipo de espaço e a defender sua erradicação e a construção de habitações higiênicas. Assim, os cortiços assumem de vez uma imagem negativa. Surgem várias denominações depreciativas para cortiço, entre elas “cabeça de porco”, como era conhecido um famoso cortiço do Rio de Janeiro tido como símbolo de insalubridade. Foi justamente com a demolição do cortiço Cabeça de Porco que se originou a primeira favela do Rio de Janeiro, na época conhecida como morro da Favela, atualmente denominada morro da Providência.

As habitações higiênicas propostas pelos sanitaristas da época eram uma espécie de cortiço um pouco melhorado. Eram feitas a partir da reconstrução ou reforma de cortiços já existentes e apresentavam uma melhora quanto às condições sanitárias. No entanto, uma vez que as condições de higiene desses ambientes evoluíram, os preços de aluguéis no cortiço também subiram. Tornou-se mais caro viver em uma habitação higiênica. Entretanto, na ausência de políticas públicas, as camadas pobres, que deveriam ser beneficiadas com as melhorias, acabaram prejudicadas, e foram forçadas a retirar-se dos centros urbanos e buscar novas áreas para ocupar.

Essa população começou a ocupar morros próximos à área central, como o morro da Providência. Aos poucos, surgiam casebres nas encostas de morros, que quanto mais se multiplicavam, mais passavam a chamar a atenção. As casas, feitas pelos próprios moradores, usavam restos de madeira e papelão, denunciando a precariedade do local. A esse aglomerado de construções nos morros deu-se o nome de favela. A origem dessa denominação se deve ao fato de os soldados da Guerra de Canudos, que se abrigaram no morro da Providência, terem durante a guerra ocupado um morro chamado Favela, na Bahia. Então, o nome morro da Favela,

que foi atribuído ao morro da Providência, surgiu a partir dessa associação do termo “favela” com os soldados.

Segundo dados estatísticos do IBGE, na década de 1950 a população da cidade aumentava em média 3% ao ano, enquanto nas áreas mais pobres esse ritmo mais do que dobrava, girando em torno de 7% ao ano. Os imigrantes, que continuavam a chegar, e a população, que foi forçadamente retirada dos centros urbanos, não tinham outra opção senão as favelas ou os subúrbios. O fato é que isso só acentuava as desigualdades entre as elites e as classes populares, pois as favelas viriam a contrastar com a cidade moderna que emergia. Não demorou muito para que a favela começasse a assustar e a ser identificada como um problema.

A partir do que foi exposto, podemos concluir que associar à favela uma imagem negativa é uma forma de estigmatizar esse espaço urbano, assim como acontecia com os cortiços. E, em ambos os casos, tal estigmatização é uma “marca” do Estado, indicando sua responsabilidade na origem tanto da favela quanto do cortiço e de sua criminalização no trato com os moradores destes espaços.

Os gregos criaram o termo estigma para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou de ruim sobre o status moral de quem os apresentava (GOFFMAN, 1891). Esses sinais eram feitos por cortes ou fogo no corpo de um indivíduo, como forma de diferenciá-lo dos demais. Era uma espécie de advertência, para que as pessoas comuns evitassem relações ou qualquer tipo de contato com os indivíduos que levavam essas marcas.

Do mesmo modo, estigmatizar determinado lugar, onde vivem determinadas pessoas, é advertir que aquele local deve ser evitado. No século XIX, os cortiços eram alvos fáceis desses estigmas. Isso se justificava devido à insalubridade, à falta de higiene e à promiscuidade que havia nesses locais. Tanto o lugar quanto as pessoas eram vistas como algo a ser evitado, para que não houvesse contaminação, e como algo que deveria ser, se não totalmente extinto, ao menos afastado das grandes cidades.

O contexto de criação das favelas fez com que elas surgissem como fruto do descaso do governo com a população pobre. Afastar essa gente dos centros urbanos e deixá-las à margem do processo de modernização

foi uma forma de exclusão, o que evidenciava as desigualdades da nova civilização que surgia. As favelas nascem carregando todos os estigmas que já eram atribuídos às moradias populares.

O estigma de morar num conjunto de habitação popular de baixa renda tem sido associado à pobreza, ao crime e à degradação moral, o que os afeta em todos os aspectos da vida – na procura de empregos, no envolvimento romântico, na relação com agentes de controle social, como a polícia e os órgãos de bem-estar social, ou simplesmente na aproximação com outras pessoas. (WACQUANT, 2001, p.137)

Por conseguinte, o peso desses estigmas incide sobre os moradores das favelas. Frequentemente, as favelas do Rio de Janeiro aparecem nos noticiários associadas ao crime, como se nesse território vivessem apenas pessoas perigosas. O estereótipo que se carrega por ser pobre influencia nas mais diversas áreas da vida do indivíduo, prejudicando suas relações com a sociedade e seu reconhecimento como cidadão. Por conta dos estigmas, muitas pessoas temem os “favelados” e evitam contato se souberem que a pessoa mora na favela. Isso atrapalha em muito as relações sociais dos indivíduos que moram nas periferias com o resto da cidade. Prova disso é o fato de muitos moradores, ao buscarem emprego, por exemplo, apresentarem outro endereço ao empregador, com receio de não serem contratados por conta de sua habitação, ou mesmo, ao conhecerem alguém, omitirem onde moram para evitar discriminação.

A criminalização da pobreza dá margem a um discurso, muito presente no senso comum, que acredita que os pobres, por morarem em periferias, têm uma tendência a se envolver em atividades ilícitas. Esse discurso se legitima através justamente dos estereótipos que existem. Entretanto, os dados comprovam que apenas 1% dos moradores de periferias tem algum envolvimento com o crime. Uma parcela muito restrita, se comparada aos outros 99% que são trabalhadores honestos. Porém, é mais conveniente atribuir o rótulo de criminoso aos indivíduos que já são estereotipados. Quanto maior for a parcela de estigmas a pesar sobre esses sujeitos, maior será o seu índice de criminalização.

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. (GOFFMAN, 1891)

Estigmatizar determinado segmento social é, sobretudo, um processo excludente, que visa a difamar a imagem da pessoa até resumir sua dignidade a zero. Assim, com a danificação da sua imagem, o valor social do indivíduo anula-se de tal forma que essas pessoas passam a não ser mais reconhecidas como seres humanos detentores de direitos. Por consequência, as oportunidades de vida desses indivíduos se restringem. Isso explica em parte, segundo algumas perspectivas, porque um indivíduo marginalizado está mais vulnerável a envolver-se no que é tido como crime. E em parte, também, podemos citar a busca pelo perdido reconhecimento social como razão para que muitos jovens se iniciem no crime.

No entanto, a maior parte da população das favelas é formada por trabalhadores que, apesar de honestos, são alvos de todo tipo de preconceito. Entender a favela e seus moradores como um risco em potencial é o que tem sido feito pelo governo e apoiado pelo senso comum. Mas são seus habitantes que sustentam o asfalto e trabalham densamente para garantir seu sustento e produzir riqueza para seus patrões.

Outro ponto importante que precisamos considerar é que não recai apenas o estereótipo de pobre sobre o morador de favela. A população dessas áreas é formada em sua maioria por negros, já que as favelas surgiram para abrigar também ex-escravos. Portanto, além da discriminação sofrida por sua classe social, a maioria dos moradores também carrega os resquícios deixados pela escravidão, pelo racismo e por todo o processo de exclusão o negro que sofreu com o fim da escravidão. O próprio fato de um indivíduo ser negro faz com que a maioria

das pessoas pressuponha que ele more em uma favela. Neste sentido, ser negro se torna um estigma de morador de favela.

Esse estigma particular, a que se dá o nome de racismo, pode ser encontrado em toda a sociedade, através, por exemplo, de piadas, frases de duplo sentido ou expressões pejorativas. Para Oliveira e da Costa (2007), hoje o racismo se expressa nos baixos índices estatísticos de escolaridade de jovens negros, na distinção salarial entre brancos e negros ao exercerem a mesma função, nos bairros pobres em que a maioria dos negros vive e na discriminação com as religiões de matriz africana.

É incontestável a articulação da discriminação racial com a discriminação social. Prova disso é a maior ocorrência de fome entre os negros, o maior percentual de negros na população de favelas e a maior dificuldade de mobilidade social entre os negros.

O aspecto racial vem acirrar as diferenças de classe e articula uma ferramenta a mais de dominação, além da puramente econômica. De qualquer modo, segundo a teoria marxista, é necessário que haja essa relação de domínio de uma classe sobre a outra para que esse sistema econômico possa se desenvolver. Portanto, não interessa aos beneficiados por esse modelo romper com as desigualdades e contrastes sociais, nem raciais, mas sim manter tudo como está. Da mesma forma, não interessa a muitos dos prejudicados com a situação rompê-la devido ao conformismo e à falta de perspectivas de mudanças. Essa falta de mobilização por parte desses indivíduos é um dos resultados do mito da democracia racial.

Torna-se indispensável compreender o que delimita asfalto e favela. Entretanto, o que separa um ambiente do outro está para além de definições geográficas. Por parte dos moradores do asfalto, há um muro invisível formado por preconceitos, desconfiança e medo do que está do outro lado. Por parte dos moradores das favelas, há um muro formado por mágoas e também esperanças de um dia serem respeitados do outro lado. O fato é que quem vive do lado do asfalto ignora o que realmente existe do outro lado; enquanto aquele que mora na favela conhece muito bem os dois lados, já que saem da favela todos os dias para trabalhar.

Favelas são fronteiras mais simbólicas do que geográficas, sobre as quais a parte mais amedrontada do senso comum e alguns ato-

res políticos proeminentes supõem que toda atividade social seja baseada pelo ilícito, pelo avesso do direito em seu sentido amplo. (CARNEIRO, 2009)

A relação de um indivíduo com o lugar em que vive é um fator determinante para como ele se posicionará diante do mundo. O sentimento de pertencer a um lugar é imprescindível para que um sujeito tenha referências e se sinta reconhecido. As concepções de lugar mostram essa importância que ele tem na vida das pessoas, em especial dos moradores de favelas. Há várias concepções permeando o conceito de lugar, desde conceitos mais geográficos a conceitos mais humanísticos.

(...) lugar significa muito mais que o sentido geográfico de localização. Não se refere a objetos e atributos das localizações, mas a tipos de experiência e envolvimento com o mundo, à necessidade de raízes e segurança. (RELPH, 1979, p. 24)

Segundo essa concepção, a definição de lugar deve incluir também o lado afetivo, ou seja, as experiências e histórias que o indivíduo viveu em determinado espaço, de tal forma que este se tornou um símbolo de proteção. Os moradores mais antigos das favelas têm um sentimento muito íntimo com esse lugar, pelo fato de terem visto a ocupação daquele espaço, por terem construído ali sua vida e sua família. Eles sentem que naquele ambiente são respeitados. Isso pode ser notado em muitos sambas e funks que declaram o afeto pela favela e o orgulho de ter vindo desse lugar.

Para qualquer ser humano, é importante ter um espaço que represente um lugar de referência, no qual ele se sinta protegido e abrigado. Entretanto, sabe-se que a favela é um ambiente que desde suas raízes é estereotipado e que hoje se consolida como um lugar esquecido pelo Estado e entregue à precariedade. Assim sendo, que tipo de relação os moradores mais jovens irão estabelecer vendo hoje no que se tornou a favela? Como sentir-se protegido em um lugar entregue ao descaso?

Enquanto os mais ricos moram em apartamentos ou casas confortáveis, os mais pobres vivem em habitações humildes e em lugares esqueci-

dos pelo Estado. Nega-se a essas pessoas o direito à cidadania, visto que ser cidadão é poder usufruir dos direitos civis e políticos de um Estado. Ser cidadão deveria ser um papel desempenhado por todos, mas em uma sociedade capitalista isso nunca ocorrerá, visto que o capitalismo se estrutura na exploração da mão de obra das classes mais pobres.

Só mesmo durante os “Trinta Anos Gloriosos” do Estado de bem-estar social, nos países de Primeiro Mundo, o Estado forneceu à população qualidade de vida através de educação, saúde pública, serviços de saneamento básico e aposentadoria. Entretanto, essa política do *welfare state* era uma necessidade do capitalismo de mostrar-se superior ao socialismo e capaz de promover igualdades. Faz-se necessário mencionar ainda que esse desenvolvimento dos países de Primeiro Mundo era feito através da exploração dos países de Terceiro Mundo (América Latina, Ásia e África).

A partir da década de 1990, o Brasil adotou o sistema econômico neoliberal, caracterizado, sobretudo, pela mínima participação estatal na economia. O neoliberalismo é uma releitura do liberalismo na atualidade, pois é caracterizado por ideais liberais como maior liberdade de comércio entre as nações e redução do aparato do Estado na economia. É através do neoliberalismo que se justifica a expansão da globalização capitalista. O interessante é que as características dessa ideologia se opõem claramente aos ideais do *welfare state* (Estado de bem-estar social), que promoveu, por meio da regulação do Estado na economia, boa qualidade de vida nos países europeus.

No Consenso de Washington,³ em 1989, foram pautados os principais interesses dos países capitalistas. Eles visavam a “desregulação” da economia, para que o Estado interferisse cada vez menos no setor econômico do país. Essa nova política, ao chegar ao Brasil, implicou na privatização de grandes indústrias estatais, acarretando um número crescente de desempregados por conta da competição e exclusão causadas por esse processo.

Esse cenário econômico acarretou uma evolução jamais vista do índice de desemprego no país. Conforme mostram os dados da Pesquisa

³ Conjunto de medidas econômicas, baseadas no liberalismo econômico, elaboradas em 1989 por instituições como o FMI e o Banco Mundial, a fim de superar o atraso econômico da América Latina.

Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (apud POCHMANN, 1999), todas as regiões brasileiras apresentaram, na década de 1990, taxas de desemprego que equivaliam ao dobro das apuradas no fim dos anos 1980. Deve-se atentar para o fato de a taxa de desemprego, segundo esses dados, atingir, principalmente a faixa etária entre 20 a 24 anos e, sobretudo a faixa etária entre 15 a 19 anos. Estes dois setores juntos representavam 47 % da taxa total de desempregados no país no ano de 2001.

Pode-se concluir que a globalização atuou de forma excludente. Isto porque implicou na criação de uma parcela da população que não se adequa ao mercado e é conseqüentemente “descartada”. Segundo Virginia Fontes (1999), a essa parcela excluída dá-se o nome de “seres descartáveis”, que são aquelas pessoas que, dadas as transformações ocorridas no mundo do trabalho, e por não terem se integrado ao mundo da alta tecnologia, não têm mais utilidade.

A exclusão social contemporânea (...) tende a criar, nacional e internacionalmente, indivíduos e/ou sociedades inteiramente desnecessários ao universo da produção econômica. Para eles, aparentemente, não há mais possibilidade de integração ou reintegração no mundo do trabalho e da alta tecnologia. Neste sentido, os novos excluídos parecem seres economicamente descartáveis. (FONTES, 1995)

Por conseguinte, as pessoas que não se inserem nesta lógica são marginalizadas e alvo de preconceitos. O Estado, para esses indivíduos, não se torna apenas mínimo na economia, mas também em todos os serviços públicos. Com a diminuição de investimentos no âmbito social, pior se torna a situação daqueles que não são empregados; visto que, além de já não terem dinheiro para se sustentar, também não têm acesso a escolas públicas de qualidade, nem a hospitais com boa infraestrutura, nem a uma habitação digna em um lugar com saneamento básico.

É comum entrar em favelas e ver esgotos a céu aberto, falta d'água, problemas em encanamentos, muitos roedores e vetores, já que o Estado é mínimo, no sentido apresentado, para os pobres. Esses sujeitos, que

antes faziam parte de um exército industrial de reservas⁴ e poderiam, a qualquer hora, ser contratados, agora se encontram desempregados, sem probabilidade de arranjar emprego. Sua imagem, que já era depreciada por serem excluídos de um processo, passa a ser ainda mais menosprezada por agora fazer parte do “resto”, do que sobrou, do que não serve mais.

Como revelam os dados da PNAD (POCHHANN, 1999) citados, as principais vítimas dessa globalização excludente foram os jovens e os adolescentes. Além das dificuldades para arranjar um trabalho, que foram ocasionadas pelo neoliberalismo, existem os estigmas que esses jovens carregam por serem em geral pobres, moradores de favelas e de cor negra ou parda. Tornou-se natural associar aos jovens também estereótipos. Isto é muito veiculado em filmes de comédia americanos, por exemplo, em que jovens e estudantes se embebedam, se drogam, dando a entender que são todos irresponsáveis e sem limites morais.

Entretanto, a vinculação da imagem do jovem a atividades ilícitas é histórica.⁵ Considerando a juventude, principalmente a da favela, notamos que se trata do grupo mais prejudicado pelas políticas neoliberais. O fato é que muitas crianças e adolescentes que moram em periferias nascem e crescem vendo o sacrifício de seus pais para mantê-los e têm ciência da precariedade em que vivem. Os jovens que moram em periferias sofrem preconceitos desde criança pelo fato de serem pobres e pela cor da sua pele, já que a maioria é negra. Não obstante terem de carregar os estigmas de pobre e negro, estes jovens ainda são as principais vítimas da globalização excludente.

Os estigmas produzem um amplo descrédito na vida do sujeito, reduzindo suas oportunidades e impondo a perda da identidade social e a degradação da sua imagem. Sendo assim, se atribui a esse

⁴ Exército industrial de reservas: Conceito desenvolvido por Karl Marx, na obra *O capital*. Corresponde à parcela de trabalhadores que se encontravam desempregados, à espera de uma oportunidade, já que a qualquer hora poderiam ser contratados em função da expansão do mercado de trabalho e também serviam para regular o valor da força de trabalho.

⁵ No Brasil, no período da ditadura, onde havia forte envolvimento de jovens em movimentos sociais, principalmente nos movimentos estudantis, o Estado sempre atuou reprimindo-os e retratando-os como baderneiros. Hoje os movimentos estudantis estão enfraquecidos, em parte por conta da globalização, que aliena tantos jovens. Quando eles, porém, vão às ruas exigir seus direitos, ainda são reprimidos pelo batalhão de choque, que representa as forças do Estado.

sujeito uma noção de nocividade, para que se mantenha o controle social. (GOFFMAN, 1993)

As crianças e os adolescentes que habitam as favelas sentem o peso desses estigmas, seja através do olhar de descrédito que alguém do asfalto lança sobre eles, seja através de termos pejorativos como “menor” ou “neguinho”. Esse grupo sente que seu tratamento não é o mesmo se comparado ao destinado às crianças do asfalto. Ele sabe que existem crianças que têm *video games*, autoramas e bonecos e que não sofrem tanto quanto eles. O indivíduo cresce sabendo que é diferente e passa a incorporar cada vez mais sua imagem formada anteriormente pelo padrão social.

Ocorre que o modo como um ser humano é visto pelo outro é fundamental na formação da sua identidade. Sendo assim, se as expectativas que os outros têm a seu respeito são ruins, a visão que o indivíduo em questão terá a seu próprio respeito tenderá também a ser ruim. Esse sujeito tem forte tendência a acreditar que realmente não tem potencialidades e que não tem lugar. Muitos conseguem ultrapassar essas dificuldades e buscar alternativas, ainda que precárias, seja vendendo doce nos ônibus, seja catando lata; outros se contentam com fazer um bico vez ou outra, economizando o dinheiro para que renda o mês todo.

Contudo, não são todos que aceitam pacificamente sua condição social. Há aqueles que querem mais do que meio salário mínimo por mês, e que não aceitam passar pelas mesmas dificuldades que viram seus pais passarem. Estes encontram no crime a chance de ganhar dinheiro sem ter de repetir a trajetória de luta de pais trabalhadores. Há aqueles ainda motivados por desejos de vingança, depois de terem visto seu pai ou seu irmão, que eram trabalhadores honestos, sendo de antemão considerados criminosos, mortos pela força repressiva do Estado. Sem contar com a “morte social” dessas pessoas, que não têm benefícios em seu trabalho e acabam em uma situação de quase escravidão. Para esses jovens, a “solução” é a entrada no crime. Aqueles a quem a sociedade sempre recriou e negou acesso à educação, à saúde e a uma qualidade de vida, agora realmente se tornarão o monstro que o asfalto sempre temeu.

Isso porque, em uma sociedade de classes, o que faz um indivíduo pertencer a uma ou a outra classe, entre outros fatores, são as oportunidades de vida que cada tem a seu dispor. E a redução dessas possibilidades de escolha afeta diretamente sua dignidade. Acrescentando a condição de classe social baixa aos estigmas, a redução dessas possibilidades de escolha é latente e afeta diretamente sua dignidade.

Em contraponto a isso, há o discurso de que o país é igualitário e que dispõe de iguais oportunidades para todos. Seguindo essa lógica, poderia se afirmar que o ingresso de um indivíduo no crime se deu por opção e não por falta de alternativas. A partir disto, surgem discursos como “é bandido porque quer”, “podia estar trabalhando”. Isto é equivocados, pois se a sociedade é dividida em classes, a sua principal característica é justamente a ausência de iguais oportunidades para todos. Não é difícil perceber que um adolescente branco que resida em um bairro nobre terá maiores possibilidades de acessar boas escolas e garantir sua estabilidade se comparado a um jovem negro da periferia. As comparações não cessam. Se por exemplo um adolescente negro e com roupas simples entra em um ônibus ele despertará na maioria dos passageiros um sentimento de medo ou de preocupação, o que não ocorre na entrada de um jovem branco e com roupas de marca.

Não depende apenas da própria capacidade de alguém mudar sua realidade, no que diz respeito a sua classe social ou em como os outros enxergam a sua condição social. O preconceito faz parte do cotidiano da juventude, que vive à margem dos padrões impostos pelo mundo globalizado. E mais cruel ainda do que a insegurança em que se vive por conta do descaso do Estado é atribuir a ela a culpa pela sua condição social e racial, e também a total responsabilidade pelo seu ingresso no tráfico de drogas nas favelas.

Um estudo dirigido pelo Observatório de Favelas (SOUZA E SILVA, 2006), entre os anos 2004 e 2006, realizado com duzentos e trinta jovens das principais favelas do Rio de Janeiro, revela os motivos que levam boa parte dos jovens a serem recrutados pelo tráfico. Os dados obtidos mostram que a maioria dos adolescentes e dos jovens ingressou no tráfico entre os 13 e os 18 anos, faixa etária que coincide com a maior concen-

tração de desempregados no país em 2001. Isto mostra que, devido à falta de possibilidades, muitos jovens buscam o tráfico como uma rota de fuga. Nos depoimentos dos jovens entrevistados, esse é o principal motivo justificado para o ingresso nesse meio.

Quando perguntados sobre como gastam o dinheiro ganho, 46,1% disseram que compravam roupas. Isso é muito importante para entender o mundo desses jovens. O capitalismo não deixa escapar ninguém. Se o sistema aparentemente os exclui, esses jovens encontram um modo de se inserir. É uma espécie de inclusão forçada no mundo capitalista por meio ilícito. Deve ser considerado que estes jovens estão à margem da sociedade e não fora dela. Portanto, compartilham dos mesmos apelos consumistas que atingem os jovens de situação financeira superior.

(...) além da possibilidade de realização de seus desejos consumistas, o tráfico pode proporcionar um reconhecimento social desses jovens, geralmente “invisíveis” para a sociedade. Assim, num primeiro momento, a entrada do jovem no mundo do crime representa um apelo por visibilidade. (CARNEIRO, 2009)

Sabe-se que os jovens gostam de usar roupas de marca como forma de se sentirem inseridos em seu grupo e se destacarem. Do mesmo modo, os jovens das favelas que entram para o tráfico de drogas também querem ostentar, mostrar que também têm poder. É uma forma encontrada por eles de serem reconhecidos. A própria inserção nesse meio traz a eles uma impressão de prestígio, que não havia antes do seu ingresso, já que o reconhecimento social dos jovens das favelas é nulo. O sujeito que antes passava e não era notado agora é o centro das atenções por estar portando armas. Essa sensação de se sentir notável e respeitado nunca seria obtida se o indivíduo fosse um humilde trabalhador. Entretanto, certamente, se o Estado garantisse a cidadania da população das periferias, os jovens poderiam estudar e ingressar em faculdades, ampliando suas chances de construir uma carreira honesta e serem notados, sem isto ter que custar a morte de tantas pessoas.

Se eu fosse aquele cara que se humilha no sinal, por menos de um real, minha chance era pouca/ Mas se eu fosse aquele moleque



de touca/ Que engatilha e enfia o cano dentro da sua boca, “de quebrada”/ Sem roupa, você e sua mina/ Um, dois! Nem me viu! Já sumi na neblina!⁶

A forma com que o Estado tem lidado com o crescente aumento de jovens aliciados pelo tráfico tem sido a pior possível. O sistema carcerário, que supostamente deveria ter o papel de reinserir o indivíduo na sociedade como um cidadão melhor, tem contribuído, na verdade, para que o indivíduo saia de dentro dos presídios ainda mais violento. Isso porque, em vez de participarem de medidas socioeducativas, os detentos no Brasil são expostos às condições sub-humanas sem o mínimo de dignidade.

Art. 38. O preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral. (Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940)

O fato é que a maioria desses detentos apresenta um perfil bem definido. Esse grupo é formado, sobretudo, por jovens do sexo masculino, moradores de favelas e que em sua maioria são negros. Trata-se daquela parcela da população que o governo ignorou, desprezou e negou reconhecimento, e que encontra no crime uma forma de ser reconhecida.

Impressiona o número de crianças e de adolescentes que logo cedo ingressam no tráfico de drogas. Impressiona também o tratamento que é direcionado a esses jovens. A atual Fundação Casa, antiga Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (Febem), que como pressupõe o nome deveria oferecer aos jovens infratores uma condição de bem-estar, inúmeras vezes apareceu na mídia sendo denunciada por maus tratos. Por conta disso, é de se esperar que, depois de exercido seu período de reabilitação, tais jovens venham a cometer atos infringentes cada vez mais graves.

É importante ressaltar também o que ocorre antes de o jovem chegar às prisões. O símbolo máximo da repressão policial é o veículo denominado Pacificador, mais conhecido como Caveirão, devido ao fato de o brasão estampado no veículo ser uma caveira transpassada por um punhal. Tal carro de apoio às forças policiais, segundo relato de moradores, ao

⁶ Trecho da música “Capítulo IV, Versículo III”, do grupo Racionais MC’s.

entrar nas favelas, conta com policiais cantando ameaças aos moradores, julgando de antemão que aquele território é formado por criminosos em potencial. Portanto, não há o mínimo respeito com trabalhadores, crianças e idosos presentes.

(...) a polícia põe em prática o uso superlativo da força, em seu aspecto físico e simbólico, contra a favela negativamente homogeneizada. (CARNEIRO, 2009)

Essa postura dos policiais é justificada por um falso pretexto, o combate às drogas. Assim, acaba-se tornando cada vez mais comum, ao fim das operações policiais, a divulgação de dados como “x traficantes foram presos ou mortos”. Entretanto, quais são os critérios usados pela polícia para rotular uma ou outra pessoa como traficante? Sabe-se que um jovem que é encontrado portando determinada quantidade de droga em um bairro nobre será considerado usuário, enquanto um jovem que portar essa mesma quantidade nas periferias será considerado traficante. O tratamento das forças de segurança para com os pobres e para com os ricos apresenta um caráter muito distinto.

A sociedade chegou ao ponto em que de fato cada ser humano vale pelo que tem e não mais pelo que realmente é. De tal modo que as mesmas atitudes ditas criminosas, quando partem das classes menos favorecidas, não serão assim rotuladas se partirem dos ricos. Não é à toa que um pobre, ao furtar um quilo de alimento em um supermercado, é preso, enquanto políticos que roubam milhões, do dinheiro que seria investido na saúde e educação das classes populares, permanecerão impunes.

Ora, a que conclusões podemos chegar após esse percurso? Conclui-se que grande parte da violência que afronta hoje a cidade do Rio de Janeiro poderia ser contida caso houvesse um real interesse estatal em re-freá-la; que o ingresso de jovens no narcotráfico se dá, entre outras coisas, devido à criminalização já sofrida por eles antes mesmo de ingressarem no mundo do crime; que as medidas adotadas pelo governo para enfrentar as desigualdades sociais e a pobreza foram as políticas repressivas, que se mostram cada vez mais ineficazes; que sob o pretexto de combater o tráfico de drogas, até mesmo cidadãos sem nenhum envolvimento com o

tráfico são vítimas da mão punitiva do Estado, isso quando não são diretamente executados; e que também a criminalização da pobreza se reflete desde piadas de mau gosto com os pobres, como também através do repúdio ao funk e à produção cultural que vinda da favela.

Não poderia encerrar esse trabalho sem mencionar o aprendizado que obtive como ser humano e como cidadã ao conhecer de forma mais profunda a história da favela e do seu povo. Almejo que este trabalho venha de alguma forma dar visibilidade à dor dessa população que sofre devido ao descaso do Estado e da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, Sandra de Sá. *Cidades, olhares e trajetórias*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

COSTA, Cristina. *Sociologia: introdução à ciência da sociedade*. São Paulo: Moderna, 1992.

_____. Drogas e criminalização da juventude pobre no Rio de Janeiro. *Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade*, Rio de Janeiro, n. 2, 1996.

FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classes*. Rio de Janeiro: Globo, 1997. V. 1: O legado da raça branca.

FONTES, Virgínia. Sobre a exclusão: alguns desafios contemporâneos. *Cadernos CRH*, Salvador, n. 23, p. 98-119, jul.-dez. 1995.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HOUAISS, Antonio. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IANNI, Octavio. *Karl Marx*. São Paulo: Ática, 1988.

IASI, Mauro. O conceito e o “não-conceito” de classe em Marx. In: _____. *Ensaio sobre consciência e emancipação*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

IVANISSEVICH, Alicia. Drogas: reflexões sobre uma indústria altamente rentável. *Ciência Hoje*, v. 31, n. 181, abr. 2002. Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/revista-ch-2002/181>. Acesso em: 15 jul. 2010.

KAGEYAMA, Angela; HOFFMANN, Rodolfo. Pobreza: uma perspectiva multidimensional. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 79-112, jan.-jun. 2006.

LEITE, Adriana Figueira. O lugar: duas acepções geográficas. *Anuário do Instituto de Geociências*, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 21, p. 9-20, 1998.

LIBBY, Douglas Cole; PAIVA, Eduardo França. *A escravidão no Brasil: relações sociais, acordos e conflitos*. São Paulo: Moderna, 1996.

MARX, Karl. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. T. 1, v. 1.

MAIOLINO, Ana Lúcia Gonçalves. *Espaço urbano: conflitos e subjetividade*. Rio de Janeiro: Mauad X–Faperj, 2008.

MELO, Zélia Maria de. Os estigmas: a deterioração da identidade social. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE SOCIEDADE INCLUSIVA. 2000. Belo Horizonte: PUC Minas, 2000. Disponível em: <http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2010.

OLIVEIRA, Luiz Fernandes de; COSTA, Ricardo Cesar Rocha. *Sociologia para jovens do século XXI*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 2007.

PEDRINHA, Roberta Duboc. *Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica*. In: ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONGRESSO NACIONAL DO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO, 17. 2008. Anais... Salvador: Conpedi, 2008. p. 5.486-5.503. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf. Acesso em: 25 jun. 2010.

SOUZA E SILVA, Jailson (coord.). *Caminhada de crianças, adolescentes e jovens na rede do tráfico de drogas no varejo do Rio de Janeiro, 2004-2006*. Pesquisa. Produção técnica: Raquel Willadino Braga, Fabio da Silva Rodrigues, Fernando Lannes Fernandes e Elionalva Sousa Silva. Rio de Janeiro: Observatório das Favelas, 2006. Disponível em: <http://www.observatoriodefavelas.org.br/observatoriodefavelas/includes/publicacoes/9772881438084dc1deeb1ecf6b105392.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

POCHMANN, Márcio. Estudo traça o novo perfil do desemprego no Brasil. *Revista do Legislativo*, p. 38-47, abr.-dez. 1999. Disponível em: http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/periodicas/revistas/arquivos/pdfs/26/marcio26.pdf. Acesso em: 15 fev. 2012.

POULANTZAS, Nicos. *As classes sociais no capitalismo de hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1973. p. 13-90.

QUADROS, Waldir. Classes sociais e desemprego no Brasil dos anos 1990. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 109-135, jan.-jun. 2003. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V12-F1-S20/06-Waldir%20Quadros.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

RELPH, Edward C. As bases fenomenológicas da geografia. *Geografia*, Rio Claro, v. 4, n.7, p. 1-25, abr. 1979.

VAZ, Lilian Fessler. Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamentos – a modernização da moradia no Rio de Janeiro. *Análise Social*, Lisboa, v. 29, p. 581-597, 1994. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/122337718716iYL2uw3Xe43QN7.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

WACQUANT, Loic. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZACCONE, Orlando. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro: Revan, 2007. p. 105-133.

O ESPAÇO URBANO DO RIO DE JANEIRO: DIFERENÇAS, INTERAÇÕES E PRECONCEITOS ENTRE A ZONA SUL E O SUBÚRBIO DA CIDADE¹

Ângelo Ferreira de Almeida²

INTRODUÇÃO

Este trabalho parte, em primeiro lugar, da inquietação do autor diante de uma realidade que lhe é cotidiana e que diariamente o incita a explorá-la e a denunciá-la: o discurso e a prática de oposição entre a Zona Sul e o subúrbio do Rio de Janeiro estão fortemente presentes na paisagem e nos sujeitos sociais cariocas e instigam o autor a evidenciá-los.

É necessário partir da noção de que existem, antagonicamente à visão singular e coesa que se tem da cidade, “Rios” de Janeiro, expressos numa infinidade de disparidades nítidas no espaço urbano da metrópole carioca, nos mais variados aspectos: cultural, paisagístico, econômico, ético, político etc. Culturalmente, vale compreender como os diferentes grupos sociais existentes na cidade se relacionam com o espaço em que vivem e se identificam com determinada cultura. Paisagisticamente, vale entender como a fisiologia do espaço urbano e da natureza local podem ser decisivos no agravamento das diferenças de valoração de diferentes regiões. Economicamente, vale problematizar em que partes do espaço urbano carioca se concentram renda e determinados serviços, e em que sentido estes fatores determinam as relações de trabalho e os fluxos de pessoas na cidade. Etnicamente, é indispensável problematizar a distribuição espacial dos diferentes grupos e as razões históricas para tal. Politicamente, por fim, é necessário entender

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0023.0.408.000-10.b.

² Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Laboratório em Biodiagnóstico em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa graduação em Licenciatura em Geografia na Universidade Federal do Rio de Janeiro e está envolvido com projetos de iniciação científica e monitoria. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Paulo Henrique Barbosa de Andrade (mestre em Educação), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: angeloferreira@fiocruz.br

como o Estado é capaz de agravar as diferenças no espaço urbano da cidade, provendo-o discriminadamente de recursos e infraestrutura adequada.

A Zona Sul e o subúrbio, por fim, são apresentados como os polos abordados nesta análise. É prudente resgatar o quanto a oposição entre as duas regiões marca historicamente as práticas e o discurso dos agentes do espaço urbano carioca, sejam a população, o Estado, a mídia etc. Carneiro, referência fundamental para este trabalho, nos diz:

Se nos anos 1960 havia poucas críticas sobre a naturalidade das fronteiras construídas entre “Zona Norte” e “Zona Sul” no Rio de Janeiro, o processo reflexivo hoje existente sobre este tema não aboliu nem de longe a imagem do Rio como uma cidade estruturada segundo esta oposição. (CARNEIRO, 2009, p. 193)

Nesta análise, são bairros pertencentes à Zona Sul: Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca, Copacabana, Leme, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado, Vidigal e Rocinha.

Quanto ao subúrbio, tomado aqui como extensão da metrópole servida pela linha férrea e adjacências (Pallone, 2005), nos concentramos no Subúrbio da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (não esquecendo que a Zona Oeste do Rio e a Baixada Fluminense apresentam traços que as aproximam do significado de “subúrbio” na metrópole carioca), cujos bairros pertencentes são: São Cristóvão, Maracanã, Mangueira, São Francisco Xavier, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Méier, Engenho de Dentro, Piedade, Quintino Bocaiuva, Cascadura, Madureira, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Todos os Santos, Campinho, Triagem, Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Benfica, Vasco da Gama, Higienópolis, Jardim América, Jacarezinho, Del Castilho, Pilares, Tomás Coelho, Cavalcanti, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Barros Filho, Costa Barros, Engenheiro Leal, Turiaçu, Vaz Lobo, Guadalupe, Maria da Graça, Inhaúma, Engenho da Rainha, Vicente de Carvalho, Irajá, Colégio, Coelho Neto, Acari, Pavuna, Vila Cosmos, Vila da Penha, Vista Alegre, Parque Colúmbia, Anchieta e Parque Anchieta.

METODOLOGIA

A metodologia se concentrou na revisão bibliográfica de estudos que abordam o tema central deste artigo, bem como na discussão de conceitos teóricos caros à nossa análise, somada à análise do discurso da mídia e de manifestações culturais a respeito do tema e à realização de entrevistas em seis bairros do Rio de Janeiro.

As entrevistas foram divididas em três bairros do Subúrbio da Zona Norte (Madureira, Penha e Méier) e em três bairros da Zona Sul (Botafogo, Copacabana e Leblon) e buscaram apurar a percepção e a prática dos cariocas diante da questão central, identificando possíveis causas e consequências das diferenças, das interações e dos preconceitos entre os moradores das duas regiões.

Não cabe aqui uma descrição quantitativa detalhada dos resultados obtidos nas entrevistas (quantos responderam o quê), visto que esse detalhamento já está presente no trabalho de conclusão de curso que originou este artigo. O presente trabalho, ao contrário, atendendo ao seu caráter sintético, procura extrair os principais resultados qualitativos emergentes das entrevistas, sem destacar falas específicas de certos entrevistados (até porque as falas dos entrevistados não foram gravadas, apenas registradas a mão, não tendo sido possível registrar seu conteúdo completo e exato).

Quanto às especificidades inerentes à amostra entrevistada, não há maiores detalhes além do fato de serem homens e mulheres acima de dezoito anos, abordados ao acaso no passeio público, moradores dos bairros aqui classificados como “Zona Sul” e “subúrbio da Zona Norte”. O perfil específico (renda, escolaridade, ocupação etc.) dos entrevistados não foi predeterminado; ao contrário, emergiu das entrevistas como resposta às perguntas colocadas.

O CONCEITO DE LUGAR

O conceito de Lugar é caro à nossa análise na medida que nos permite tomar a Zona Sul e o subúrbio enquanto regiões em si. Quer-se dizer: a oposição proposta por esse trabalho se esvaziaria na heterogeneidade

das duas regiões não fosse a ressalva de que a Zona Sul e o subúrbio representam lugares distintos. O lugar, fruto da relação entre os indivíduos e destes com o meio em que vivem, dá margem a interpretações por parte da geografia marxista e da geografia humanística. Tais interpretações aqui não são tomadas como antagônicas, mas, apesar de diferentes, podem ser associadas e complementar-se.

À luz da perspectiva marxista, os lugares são fruto da dinâmica socioeconômica capitalista sobre o espaço e refletem as contradições inerentes ao capital. A associação à dualidade Zona Sul–subúrbio se dá por conta de pensarmos como estes lugares constituem economicamente posições diferenciadas na dinâmica capitalista de valorização do espaço e, com isso, assumem o caráter de lugares antagônicos. Já a partir da geografia humanística, o lugar é pensado sobretudo a partir das relações afetivas que nele se estabelecem. A partir desta perspectiva, é possível pensar as duas regiões tendo como base a trajetória dos seus indivíduos e as práticas que estes desempenham espacialmente (o que é abordado sobretudo nos eixos “interações” e “preconceitos”).

DIFERENÇAS

Neste eixo, pretende-se discorrer sobre as diferenças que podem ser extraídas entre as duas regiões, a partir de uma discussão teórica sobre os significados sociais inerentes a elas e a segregação socioespacial urbana.

Significados sociais

Aqui cabe, em primeira instância, entender a diferença primordial que funda a oposição Zona Sul–subúrbio: os significados subjetivos que estas regiões elucidam no espaço urbano carioca. Significados estes que, como veremos no eixo “Preconceitos”, são responsáveis pela geração de estigmas de difícil superação.

Quanto ao subúrbio, vale começar diferenciando-o do termo “periferia” e entender sua conotação na realidade socioespacial do Rio de Janeiro. *A priori*, o termo subúrbio teria caráter estritamente funcional, designando

a região da metrópole servida pela linha férrea, enquanto a periferia teria uma conotação marcadamente política, fundada nas desigualdades sociais. O que acontece no Rio de Janeiro, contudo, é que existe uma subversão do uso do termo “subúrbio”, que, ao ganhar uma conotação política, confunde-se com a “periferia”: “No Rio, o setor Norte–Oeste fez com que se considerasse subúrbio um lugar onde há um serviço de transporte urbano – o trem – e onde supostamente morariam as classes sociais menos abastadas, perdendo assim o seu caráter geográfico” (PALLONE, 2005, p. 11).

Domingues (1995) credita ao subúrbio um significado social que o relaciona à fragmentação do espaço, ao descompasso em relação aos “efeitos urbanos”, à exclusão, à anomia, à perda da noção de pertencimento a um lugar e ao déficit de cidadania.

A Zona Sul, no entanto, tem sido historicamente vinculada a um significado social que a associa a beleza e modernidade, o que a evidencia propositalmente como cartão-postal da cidade do Rio de Janeiro.

Certamente, tanto traços positivos quanto negativos são atribuídos ao significado social de ambas as regiões e ao *éthos* de seus moradores. E a percepção destes a respeito desse significado será explorada na seção “Preconceitos”.

Segregação socioespacial urbana

Antes de situar a questão da segregação no espaço urbano carioca, é bom nos familiarizarmos com as características principais deste fenômeno e a participação do Estado nele. Caiado (1998) associa a intensificação da segregação socioespacial urbana nas cidades brasileiras a um crescimento desordenado destas, concentrado sobretudo num estágio que abrange dos anos 1980 aos dias atuais, marcado pela terceirização da economia brasileira e por mudanças no mercado de trabalho. Este quadro agrava a presença de periferias urbanas, cuja população se instala em “áreas segregadas, sem acesso ao mercado formal de habitação, aos serviços básicos de infraestrutura urbana e serviços sociais e com acesso marginal ao mercado de trabalho” (CAIADO, 1998, p. 460).

O Estado, simultaneamente conivente com a ocupação irregular do espaço urbano e com os interesses especulativos do mercado imo-

bilíario, além de incapaz de promover políticas habitacionais eficazes e abrangentes, constitui elemento fundamental na deflagração desse fenômeno. A esse respeito:

Até a década de 1970, de modo especial, era o Estado (aí compreendido nas suas diferentes instâncias de ação) que se constituía no principal agente de produção do espaço. Inserido na dinâmica da sociedade capitalista (o que nos permite superar quaisquer tentativas de concebê-lo como neutro, “árbitro”), ele, não raramente, priorizou os interesses dos grupos dominantes econômica e politicamente, aprofundando as desigualdades sociais e acentuando (...) a crescente elitização dos espaços urbanos centrais e a consequente periferização das classes de baixa renda. (MAIA, 1998, p. 39)

O Estado tem sido responsável por prover o espaço urbano de infraestrutura, serviços e recursos discriminadamente e, com isso, interfere diretamente na valorização do espaço e na sua consequente segregação.

Segregação socioespacial e “hierarquização” territorial no Rio de Janeiro

E no Rio de Janeiro? Como a discussão sobre segregação socioespacial urbana pode ser aproveitada e relacionada à dualidade Zona Sul–Subúrbio? Concentremo-nos na árdua tarefa de fazê-lo.

Primeiramente, é necessário ponderar quanto à existência de diferentes tipos de segregação. Para Lojikine (apud SABOYA, 2009), são estes: a) centro x periferia; b) áreas ocupadas por classes populares x áreas ocupadas por classes abastadas; c) áreas segregadas segundo funções urbanas (moradia, indústria, comércio etc.).

Ora, as três formas são importantes para entender a dinâmica da segregação socioespacial nas grandes metrópoles brasileiras. Mas no caso do Rio de Janeiro é curioso entender, sobretudo, as duas últimas formas.

A dualidade centro x periferia pode ser explorada pois centro e periferia são marcados por fortes elementos de diferenciação no seu espaço. Respectivamente, representam a maior e a menor intensidade de

fluxos de pessoas, capitais e mercadorias; a coodenação e a subordinação política; a modernidade e a tradição; a verticalização e a horizontalização da paisagem; o global e o local, entre outros aspectos díspares. Nesse sentido, por que não tomar a Zona Sul e o subúrbio do Rio de Janeiro como polos que tomam para si a posição respectiva de centro e periferia? Afinal, a posição antagônica na dinâmica socioespacial capitalista seria justamente o que confere às duas regiões as disparidades mencionadas.

A dualidade classes populares x classes abastadas se depara com um debate ainda mais rico e é no qual nossa análise pretende focar. Isto se justifica pelo fato de ser difícil tomar as regiões como segregadas uma à outra tendo em vista a heterogeneidade de ambas. Há, contudo, referenciais teóricos que nos permitem desenvolver esta análise.

O urbanista Flávio Villaça é um dos que exploram essa visão. Segundo ele, as elites tendem a se concentrar numa área específica da cidade e não se dispersarem aleatoriamente:

(...) os bairros das camadas de mais alta renda tendem a se segregar (os próprios bairros) numa mesma região geral da cidade, e não a se espalhar aleatoriamente por toda a cidade. (...) Se o principal móvel da segregação fosse a busca de posição social, do *status*, da proteção dos valores imobiliários, ou proximidade a “iguais”, bastaria haver a segregação por bairro (...); uns ao norte, outros a oeste, outros a leste e outros ainda ao sul da metrópole. Isso não ocorre, porém. (VILLAÇA apud SABOYA, 2009).

As elites, segundo Saboya (2009), se destacam desse modo por um processo ao que chama de segregação voluntária e, simultaneamente, acabam criando condições que desfavorecem o acesso das classes mais populares a essas áreas. As classes menos abastadas, com isso, veem-se vítimas de uma segregação involuntária, sendo empurradas para as áreas periféricas da cidade.

Não bastassem as inferências que podemos fazer das consequências desse processo para a segregação socioespacial urbana no Rio de Janeiro, há estudos que focalizam a própria cidade e cabem aqui como

parâmetro de avaliação. Analisando as “Tendências da segregação social em metrópoles globais e desiguais: Paris e Rio de Janeiro nos anos 80”, Preteceille e Ribeiro (1999) chegam a conclusões valiosas que respaldam a dicotomia apresentada neste artigo.

Tendo o cuidado de ponderar a presença de classes médias nas duas metrópoles estudadas (o que no caso do Rio de Janeiro, particularmente, é um elemento presente tanto na Zona Sul quanto no subúrbio), os autores dividem a população das cidades de acordo com categorias profissionais “superiores” (mais abastadas) e “inferiores (menos abastadas), e concluem algo particularmente interessante à nossa discussão: o fato de que, no caso carioca, as categorias ditas “superiores” encontram-se quantitativamente e espacialmente muito mais concentradas, o que aponta para um quadro de dualização da população carioca, tanto econômica quanto espacialmente. O que decorre disso é que se verifica um quadro de “mistura social” (PRETECEILLE; RIBEIRO, 1999, p. 156) mais frágil no Rio de Janeiro, evidenciando uma segregação socioespacial mais intensa.

O papel da Zona Sul e do Subúrbio, enquanto áreas da cidade que demarcam bem essa segregação, parece bastante razoável a partir do seguinte fragmento:

Já a concentração geográfica dos espaços superiores do Rio de Janeiro decorre de um modo (...) de valorização, que atribui todo o valor social e simbólico ao núcleo metropolitano formado pela área litorânea e seu entorno próximo e, ao mesmo tempo, deprecia de forma quase absoluta os espaços periféricos, pela ausência e precariedade dos serviços urbanos e da moradia. (PRETECEILLE; RIBEIRO, 1999, p. 157)

As noções de segregação voluntária e involuntária são associadas pelos autores a este processo: a primeira, exemplificada historicamente nas décadas de 1960 a 1980, com o deslocamento de populações pobres das áreas nobres da cidade para conjuntos habitacionais na periferia; como exemplo podemos citar a demolição da favela da Praia do Pinto, localizada então no Leblon, cujos moradores foram realojados no conjunto habitacional Cidade Alta, em Cordovil, subúrbio da Zona Norte; a segunda, exemplificada num padrão de autosegregação das elites por meio de

luxuosos condomínios fechados, que têm sua valorização elevada a níveis exorbitantes, cujo exemplo a que nos remontamos historicamente é a Zona Sul e, mais recentemente, a Barra da Tijuca.

Visto que a primeira forma não foi levada a cabo até o fim, verifica-se, ainda, a presença de favelas na Zona Sul da cidade, assim como no subúrbio. Desse modo, nas duas regiões estariam presentes segregações internas, demarcadas por uma oposição conhecida como favela/asfalto. Tal oposição parece ser a mais trabalhada pelos estudiosos da segregação social urbana no Rio de Janeiro e, longe de descaracterizar sua importância, este artigo se propõe a explicitar uma dualidade maior, que não deixa de abarcar a oposição favela/asfalto, mas que pode ser notada inclusive a partir do estudo de Preteceille e Ribeiro (2009): a dualidade Zona Sul/subúrbio. Nesse sentido, os autores frisam que as favelas de ambas as regiões, embora mergulhadas em contextos parecidos de precariedade de infraestrutura, apresentam especificidades que as identificam diferenciadamente como parte do lugar Zona Sul e do lugar subúrbio. Assim:

O perfil sócio-ocupacional dessas favelas (as que restam na Zona Sul mesmo após as políticas de remoção citadas anteriormente) é, na média, bem próximo do verificado nas áreas periféricas – embora com particularidades entre favelas –, o que caracteriza a situação de proximidade geográfica e distância social com os bairros superiores. (PRETECEILLE; RIBEIRO, 1999, p. 157)

Proximidade geográfica e distância social: eis os parâmetros que nos permitem reafirmar a possibilidade de ponderar a que ponto favelas da Zona Sul e do subúrbio se identificam com essas regiões de forma a compartilharem, de certo modo, seu significado social, apesar do lugar favela que são. É o que nos faz pensar em que medida o Morro Santa Marta (em Botafogo, Zona Sul) e o Morro da Serrinha (em Madureira, Subúrbio da Zona Norte) guardam ao mesmo tempo de comum e de díspar quanto à visibilidade econômica, ao senso de pertencimento e à rotina dos moradores. Desse ponto de vista, compartilham Fátima Cecchetto e Patrícia Farias:

No entanto, é preciso frisar que morar em favela não significa sempre a mesma coisa; assim, na visão de um morador do morro do

Pavão-Pavãozinho, em Ipanema/Copacabana, por exemplo, ele “moraria melhor” que um morador da favela do subúrbio de Vigário Geral, pois de alguma forma ele se sentiria partícipe do polo Zona Sul e, portanto, da modernidade a ele referida. Assim também se poderia entender a rejeição de um habitante da favela do Chapéu-Mangueira, no Leme, ao subúrbio do Méier, segundo ele um lugar longínquo e perigoso, que não se sente atraído a frequentar, pois esta localidade está identificada com o outro polo, ou seja, o da Zona Norte, menos valorizada no mapa geral da cidade. (CEC-CHETTO; FARIAS, 2009, p. 223)

Há, por fim, além da oposição asfalto/favela e da dualidade maior Norte/Sul, um meticuloso sistema de divisão dos bairros cariocas em “melhores” e “piores” uns em relação aos outros, que configura uma espécie de hierarquização. Os bairros da Zona Sul, no topo, estão estratificados de modo que Copacabana, Ipanema, Leblon e São Conrado seriam melhores que bairros como Catete e Glória. Igualmente, a Zona Norte seria encabeçada pelos bairros da região da Tijuca e da Ilha do Governador, seguidos pelo subúrbio propriamente dito, de acordo com a distância de cada bairro à região central da cidade (quanto mais próximos, “melhores”).

Percebendo as diferenças

Os dados coletados nas entrevistas, juntamente com alguns indicadores sociais coletados, nos permitem observar como a segregação socioespacial urbana na metrópole carioca se expressa reforçando a dualidade Zona Sul/subúrbio, seja em circunstâncias políticas, econômicas, culturais, paisagísticas, étnicas, entre outras.

O mapa de renda por regiões administrativas ratifica o quadro apontado pelas entrevistas, no qual os entrevistados do subúrbio possuíam renda familiar média de R\$1.995,79 (mil novecentos e noventa e cinco reais e setenta e nove centavos) enquanto entre os moradores da Zona Sul esse valor foi de R\$6.744,00 (seis mil setecentos e quarenta e quatro reais). Igualmente, o quadro comparativo de escolaridade entre os entrevistados marca diferenças entre as duas regiões.

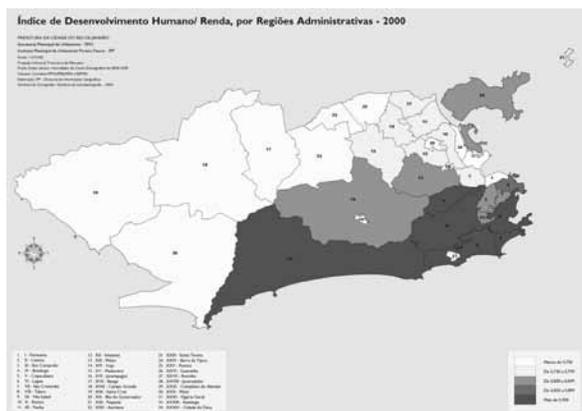


Figura 1 – Índice de desenvolvimento humano/renda por Regiões Administrativas – 2000

Fonte: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2000.

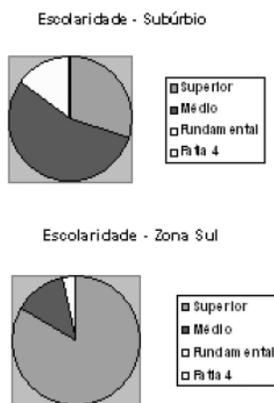


Figura 2 – Gráficos de Escolaridade (elaborado pelo autor)

As diferenças étnicas também são denunciadas por dados do mesmo instituto, no qual se percebe que a proporção de pessoas brancas, resguardadas as favelas, obviamente, é bem maior na Zona Sul da cidade:

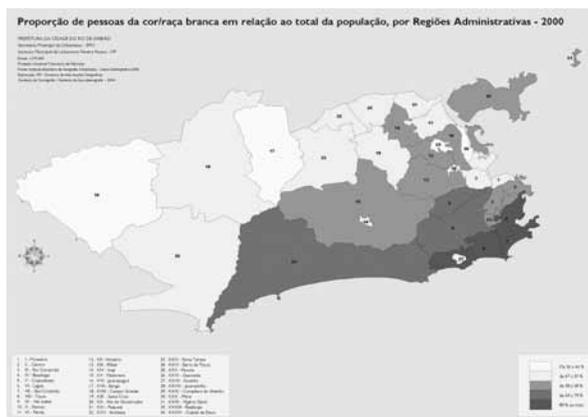


Figura 3 – Proporção de pessoas da cor/raça branca em relação ao total da população, por Regiões Administrativas – 2000
Fonte: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2000)

As diferenças ainda se evidenciam no âmbito político, ao passo que os entrevistados reiteraram a ação do Estado como provedor discriminatório de recursos para as duas regiões, ressaltando as diferenças no que concerne ao fornecimento de aparelhagem urbana, à limpeza urbana, ao policiamento, à fiscalização, à oferta de serviços, de cultura e de lazer etc. Foi marcante o discurso de superioridade desses itens na Zona Sul da cidade.

Há, por fim, que se ressaltar a importância de um elemento central nessa dicotomia: a praia. Enquanto elemento natural da paisagem, figura como fator essencial na diferenciação entre as regiões. Sua presença na Zona Sul e ausência no subúrbio ajuda a explicar em boa medida o modelo vigente de valorização do espaço urbano carioca, guiando também a distribuição dos elementos humanos da paisagem.

INTERAÇÕES

Este eixo constitui importante ponte entre o eixo anterior e o próximo, ao passo que as interações entre moradores da Zona Sul e do subúrbio e entre estes e o espaço urbano carioca podem respaldar-se pelas diferenças entre as duas regiões, ou podem traduzir-se como causas ou consequências dos preconceitos entre estes grupos sociais.

Domingues (1995) elucida um importante conceito que nos ajuda a entender as interações capital fluminense: o de “distância”, muito consoante com a ideia de “distância social” de Preteceille e Ribeiro (1999).

A “distância” ao centro é (...) uma distância sociológica a um centro, sendo este definido pela diversidade e pela densidade das relações sociais, pela intensidade da vida cívica, pelo acesso à informação, pela aglomeração de recursos culturais, políticos, econômicos. Essa distância é, por isso, definida por um afastamento real e simbólico a um “efeito urbano”. (DOMINGUES, 1994-1995, p. 7)

Lugares distantes seriam aqueles onde os efeitos urbanos seriam mais rarefeitos, característica esta que o próprio autor conferiu aos subúrbios. Nesse sentido, refletindo como a segregação centro x periferia pode ser aplicada à dicotomia Zona Sul/subúrbio, é imprescindível avaliar em que circunstâncias, proporção e sentido se dão as interações entre estes moradores e a própria ou a outra região. O resultado mais imediato proveniente das entrevistas é o fato de que moradores do subúrbio frequentam muito mais a Zona Sul do que o contrário. Algumas variáveis, tais como trabalho, lazer, entretenimento, família e amigos, nos permitiram extrair algumas conclusões.

Quanto ao trabalho, as entrevistas permitiram constatar que a presença do suburbano na Zona Sul ainda muito se respalda por esta atividade, e geralmente é atribuída a categorias profissionais pouco qualificadas, o que é inclusive percebido pelos entrevistados da Zona Sul. Este quadro reflete o antagonismo que os lugares Zona Sul e subúrbio adquirem no que concerne à concepção marxista, na qual se configurariam como polos refletores das disparidades do modo de produção capitalista. Desse modo,

a Zona Sul seria um “centro” capaz de atrair mão de obra menos qualificada de regiões “periféricas” da cidade, como o subúrbio. A presença do morador da Zona Sul no subúrbio, pouco comum, ainda suscitou alguns casos, porém vinculados a categorias profissionais mais qualificadas, segundo alguns entrevistados.

As opções de lazer e entretenimento se revelaram uma variável que demarca fortemente a presença do suburbano na Zona Sul, em detrimento do oposto. A praia aparece aqui também como elemento fundamental. Sua presença na Zona Sul e ausência no subúrbio justifica este fluxo quase que unidirecional e é responsável pela geração de conflitos entre estes grupos sociais, como veremos mais adiante. As opções culturais foram outra questão bastante levantada pelos entrevistados, que consideram estar muito mais presentes e concentradas na Zona Sul, o que também deslocaria o fluxo de moradores do subúrbio para esta região.

Os laços de amizade entre moradores das duas regiões mostraram-se significativos a partir das entrevistas (cerca de 70% em ambas afirmaram ter amigos na outra região), porém tais laços mostraram-se enfraquecidos quando se perguntou a respeito da frequência com que os contatos se dão, o que alerta para uma “mistura social” (PRETECEILLE, RIBEIRO, 1999) não muito substancial. Os laços de parentesco se evidenciaram como ainda mais frágeis e, nos poucos casos em que há, também mostraram-se enfraquecidos.

PRECONCEITOS

Existem preconceitos entre moradores da Zona Sul e do subúrbio. Este, talvez, tenha sido o resultado mais evidente extraído das entrevistas aplicadas. Entender o porquê e as principais características contidas nesses preconceitos é o esforço deste eixo. A geografia humanística, segundo Relph (apud LEITE, 1998), nos ajuda a entender, de acordo com o grau de enraizamento de um indivíduo no lugar em que vive e do contato deste com diferentes lugares, dois níveis de percepção dialética homem-meio: *insider* (própria do habitante do lugar) e *outsider* (do habitante

externo ao lugar). Nesse sentido, é de se presumir que os laços frágeis de “mistura social” causados pela segregação socioespacial que polariza a Zona Sul e o Subúrbio gerem preconceitos traduzidos em estigmas de difícil superação.

A Zona Sul e o subúrbio teriam *éthos* próprios

Mais do que a estigmatização dos espaços, um estudo de Sandra de Sá Carneiro nos mostra como existe forte estigmatização dos gostos, das preferências e do comportamento dos moradores dessas regiões. Para ela, a mídia tem papel fundamental na reprodução subjetiva da dicotomia Zona Sul x subúrbio, representando suburbanos de forma caricata e bem distinta da dos moradores da Zona Sul:

Não podemos desconsiderar o papel da mídia na reprodução permanente dessa dicotomia: segundo ela, Zona Norte e Zona Sul possuiriam valores, modos de vida, sociabilidades claramente distintas e incomparáveis. Sem dúvida, as estratégias narrativas que predominam nos meios de comunicação em massa, particularmente através das novelas de televisão, contribuem enormemente para perpetuar discursos sobre o que é “ser suburbano”, particularmente sobre como representam seus gostos, comportamentos, estilos de vida (...). (CARNEIRO, 2009, p. 193)

Nessas produções, não é raro o uso do vocativo “suburbano”, que naturalmente é um morador do subúrbio, quando se quer vincular pessoas a mau gosto e mau comportamento. O que se verifica nessas estratégias narrativas, afinal, é a propagação de um *éthos* próprio de suburbanos e moradores da Zona Sul, traduzido em valores morais, níveis de educação e estilos de vida substancialmente distintos.

Mas não apenas traços negativos são atribuídos aos suburbanos, assim como não apenas traços positivos são atribuídos aos moradores da Zona Sul. Aos primeiros também é atribuída uma máxima idealizadora de que seriam mais solidários, alegres, receptivos, espontâneos e amigos. Viveriam unidos, em vizinhança. Aos moradores da Zona Sul, não são atribuídos tão somente elegância, refinamento, beleza, educação e cultura,

mas também uma certa arrogância, soberba e até mesmo solidão. Tais percepções não são raras e serão esmiuçadas a seguir.

O olhar que vem da Zona Sul

Antes de captar a ótica que os moradores da Zona Sul desenvolvem a respeito dos suburbanos, vale entender em que medida lhes é claro de que lugar estamos falando. Pedindo-lhes que citassem o nome de três bairros localizados no subúrbio, os moradores da Zona Sul se mostraram reticentes e, em dúvida, não conseguiram ser muito concisos. A maior curiosidade é o número de citações de municípios da Baixada Fluminense, ainda que o termo “bairro” fosse reforçado. Tal fato mostra o quanto a Baixada também incorpora o estigma atribuído ao subúrbio na metrópole carioca.

A imprecisão na consciência de onde é Subúrbio refletiu a reprodução de respostas vazias, bastante carregadas de senso comum, muitas vezes relativizadas, mas ainda assim contraditórias. Chama a atenção o fato de que 70% dos moradores da Zona Sul disseram ser possível perceber diferença entre eles e os moradores do subúrbio, o que já indica a existência de *éthos* distintos. Muitos entraram na competência de mencioná-los e mensurá-los, citando nível de educação e cultura, modos de se vestir e de falar etc. Houve entrevistados que taxaram os suburbanos de “inconsequentes” e até mesmo de “atrasados mentalmente”, num caso mais extremo. Foi notória também a visão classista que se tem dos moradores de ambas as regiões, na qual moradores da Zona Sul e do subúrbio seriam respectivamente ricos e pobres. “Classes diferentes tem comportamentos diferentes”, disse um dos entrevistados.

Houve quem idealizasse os suburbanos, na tentativa de não parecer preconceituoso. Nesses casos, ou buscava-se criticar o próprio morador da Zona Sul ou caía-se em contradição logo após, deixando transparecer juízos de valor a respeito das categorias “morador da Zona Sul” e “suburbano”. A maioria dos entrevistados da Zona Sul, muitos timidamente, disseram crer que há preconceito com quem mora no Subúrbio. Houve quem tentasse negar, ponderar ou até mesmo justificá-lo.

A reação dos moradores da Zona Sul com relação à presença de suburbanos na sua região também foi discutida, através da pergunta sobre sua

opinião em relação aos projetos de expansão do metrô para mais bairros da Zona Sul. As reações variaram entre bairros que já possuem estações do metrô e os que ainda não. Nestes últimos, ficou evidente um sentimento de insegurança, visto que o acesso mais fácil traria populações de locais mais distantes, potencialmente criminosas ou depredadoras na opinião de alguns.

As vantagens de uma região em relação à outra foram perguntadas. As vantagens da Zona Sul sobre o Subúrbio foram facilmente enumeradas e recaíram sobre a qualidade da infraestrutura, a presença de opções de lazer e entretenimento, a atenção do governo e a conservação do espaço público, entre outras. Os moradores da Zona Sul pouco souberam apontar vantagens do subúrbio sem recair sobre os estereótipos idealizadores já mencionados.

O olhar que vem do subúrbio

A identificação de bairros da Zona Sul por parte dos moradores do Subúrbio pareceu bem mais concisa e certa, recaindo sobre três bairros emblemáticos: Copacabana, Ipanema e Leblon. A única discrepância, porém não muito comum, foi a menção à Barra da Tijuca, que, pelas características que vem assumindo nos últimos anos, tem se assemelhado com a Zona Sul no que concerne aos padrões de urbanização.

Quanto à distinção entre o comportamento dos moradores, igualmente os suburbanos disseram crer que há diferenças entre os dois grupos sociais. A recorrência ao *éthos* mencionado também foi expressiva. Nesse sentido, partiu de boa parte dos entrevistados a veiculação de más qualidades aos próprios suburbanos. Pareceu bastante hegemônica a ideia de que há diferenças nos níveis de educação e cultura, modo de falar e se vestir. O comportamento do suburbano, segundo alguns dos entrevistados, foi inclusive associado à agressividade e ao vandalismo.

Também foi presente a “visão classista” na fala de alguns entrevistados: “Quem tem mais dinheiro se sente superior”, disse uma entrevistada, buscando justificar uma aparente soberba por parte dos moradores da Zona Sul, que também tiveram seu *éthos* “negativo” bastante citado.

As perguntas sobre as vantagens de cada região tiveram resultados bastante semelhantes.

Um sentimento carioca

Provocou-me abordar também em que medida as duas regiões, subjetivamente, carregam consigo um maior senso de associação ao Rio de Janeiro. Foi constatado que convivem entre os cariocas dois discursos polarizados. Um primeiro de que a Zona Sul, por representar o Rio de Janeiro visualmente, através de elementos como a praia, o Pão de Açúcar e o Corcovado, seria a região que, de fato, representa o “espírito carioca”. Este discurso, porém, não é unânime. Carneiro (2009) aponta para a existência de um discurso que difunde que a alma do carioca, revestida da irreverência, da solidariedade, da espontaneidade, da união e da alegria, que seriam próprias dos suburbanos, essa sim representaria o verdadeiro “espírito carioca”. Em seu estudo, Carneiro verificou que:

No universo estudado predominava a valorização da vida social do bairro, que era sempre apresentado como “a capital dos Subúrbios”, “a capital do samba”, sobressaindo a imagem de Madureira como um bairro “verdadeiramente” popular, onde residia o “verdadeiro ou autêntico carioca”, “aquele que tem raízes”. Assim, os moradores falavam “com certo orgulho” das características do bairro, como o lugar onde “as famílias podiam criar seus filhos sem preocupação”. As frases “Madureira é sempre uma festa” ou “Madureira está em festa permanente” expressam bem essa imagem. (CARNEIRO, 2009, p. 205)

Também me preocupei com esta questão nas entrevistas realizadas para este trabalho e foram obtidos os dois discursos. Com a ressalva de que, embora o primeiro predomine entre os moradores da Zona Sul, o segundo não é fortemente propagado entre os suburbanos. Ao contrário, muitos destes identificam na paisagem da Zona Sul o grande emblema que representa o Rio de Janeiro.

A praia territorializada

A praia, que se mostrou elemento fundamental na consolidação do espaço urbano díspar das duas regiões e da dinâmica de interação entre moradores do subúrbio e da Zona Sul, também aqui merece destaque

como arena de conflitos e preconceitos. Nela se reproduzem barreiras de sociabilidade entre os dois grupos. É o que retrata o filme “Faixa de Areia” (2007), das cineastas Daniela Kallmann e Flávia Lins e Silva, um documentário que entrevista banhistas em algumas praias do Rio de Janeiro e no Piscinão de Ramos.

Embora os entrevistados tomem a praia como um espaço democrático, que não discrimina gênero, cor, opção sexual, renda ou quaisquer variáveis do tipo, tal democracia não parece apontar para uma “mistura social” (PRETECEILLE; RIBEIRO, 1999) ou para “contatos mistos” (CARNEIRO; SANTANA, 2009) muito intensos. O que se verificou, afinal, é que a praia se encontra territorializada no Rio de Janeiro e não oferece trocas significativas entre os diferentes grupos sociais que a frequentam. Nessa divisão de territórios, haveria o das prostitutas, o dos homossexuais e um, que especificamente nos chama atenção, o dos suburbanos.

A razão mais evidente para tal segregação, apontada pelos entrevistados do filme, foi o comportamento dos moradores do subúrbio. Chamados de “farofeiros”, “mal-educados”, “favelados” e outros vocativos, sua presença próxima a moradores da Zona Sul, certamente mais “civilizados”, seria totalmente indesejável. Assim como disse um entrevistado: “Eles (os suburbanos) têm todo o direito de frequentar a praia, desde que não perto de mim.”

CONCLUSÕES

Ao final deste artigo, algumas conclusões podem ser tomadas. Eis algumas delas:

- a) A dicotomia Zona Sul/subúrbio na cidade do Rio de Janeiro ainda está distante de ser superada. Esta opera física e subjetivamente. Fisicamente, enquanto lugares que são, vimos que Zona Sul e subúrbio apresentam evidentes diferenciações em aspectos fundamentais do seu espaço urbano: econômico, político, cultural, étnico e paisagístico. Subjetivamente, apresenta-se um tanto mais forte, impregnada no discurso dos cariocas e da mídia.

b) A questão da segregação socioespacial urbana pode, sim, ser aplicada à dualidade apresentada por este trabalho. Vimos que, dadas as limitações e as diferentes faces dessa segregação na cidade do Rio de Janeiro, a dicotomia Zona Sul/subúrbio pode ser fundamentada a partir dos estudos de Preteceille e Ribeiro (1999), de Carneiro e Santana (2009). Ainda que igualmente importante, a dualidade favela/asfalto está inserida numa dualidade maior, Norte–Sul, vide que os autores mencionados atentam para diferenças entre as favelas, no que diz respeito à “distância social” e à “proximidade geográfica” às áreas nobres da cidade.

c) As diferenças entre a Zona Sul e o Subúrbio são características de uma formação socioespacial capitalista, cuja lógica se baseia em disparidades que podem ser verificadas na consolidação de um espaço urbano diferenciado em relação ao valor da terra, à ação do Estado enquanto agente produtor do espaço urbano e à disposição das diferentes classes sociais que integram a sociedade.

d) A Zona Sul e o subúrbio, logicamente, não constituem espaços homogêneos. Dentro deles há considerável diversidade. O conceito de lugar, que nos permite entender a significação social do lugar Zona Sul e do lugar Subúrbio, desse modo, é fundamental para que a dicotomia apresentada não se esvazie na heterogeneidade das duas regiões.

e) As interações entre moradores da Zona Sul e do Subúrbio devem ser relativizadas no espaço, na frequência e no sentido em que se dão. Estas interações são uma ponte entre as diferenças e os preconceitos entre a Zona Sul e o Subúrbio: são, em grande medida, direcionadas pelas diferenças e geradoras de preconceitos. Conclui-se que o morador da Zona Sul vai muito menos ao Subúrbio do que o contrário, e que as condições de infraestrutura das duas regiões estão por trás deste fato. As relações de trabalho e as ofertas de lazer e entretenimento foram parâmetros avaliados. As relações afetivas, de parentesco e amizade, se mostraram um tanto frágeis, no geral, o que não descarta as exceções.

- f) Existem preconceitos entre moradores do subúrbio e da Zona Sul. A ideia de que os respectivos moradores teriam *éthos* próprios, expressos por modos de vida, comportamento e gostos diferentes, ainda parece bastante comum para os entrevistados.
- g) A praia é elemento fundamental na dicotomia apresentada. É elemento que agrega valor à Zona Sul e impulsiona sua valorização econômica e imobiliária, ao mesmo tempo que empurra para as áreas periféricas da cidade a população de renda mais baixa. A praia explica ainda grande parte dos fluxos dos cariocas na cidade, sobretudo a ida de suburbanos à Zona Sul, e também reforça preconceitos. A praia territorializada é prova de que sua imagem idealizada de espaço democrático não parece apontar para “contatos mistos” e “mistura social” intensa entre moradores do subúrbio e da Zona Sul.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAIADO, Maria Célia Silva. *O padrão de urbanização brasileiro e a segregação espacial da população na região de Campinas: o papel dos instrumentos de gestão urbana*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11. 1998. Caxambu: Abep, 1998. p. 457-488. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a140.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010.

CARNEIRO, Sandra de Sá. Rio, Zona Norte e Zona Sul: fronteiras para além dos estigmas. In: _____; SANT’ANNA, Maria Josefina Gabriel (org.). *Cidade: olhares e trajetórias*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 193-217.

CECCHETTO, Fátima; FARIAS, Patrícia. “Tu mora onde?": território e produção de subjetividade no espaço urbano carioca. In: CARNEIRO, Sandra de Sá; SANT’ANNA, Maria Josefina Gabriel (org.). *Cidade: olhares e trajetórias*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 219-239.

DOMINGUES, Álvaro. (Sub)úrbios e (sub)urbanos: o malestar da periferia ou a mistificação dos conceitos? *Revista da Faculdade de Letras – Geografia I Série*, Porto, v. 10-11, p. 5-18, 1994-1995. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1588.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010.

FAIXA DE AREIA. Produção de Daniela Kallman e Flávia Lins e Silva. Rio de Janeiro: Focus, 2007. 1 DVD.

HOLANDA, Chico Buarque de. Subúrbio. In: _____. *Carioca*. Rio de Janeiro: Biscoito Fino, 2006. 1 CD. Faixa 1.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. *Índice de desenvolvimento Humano: renda, por regiões administrativas – 2000*. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2004a. Disponível em: http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1377_índice%20de%20desenvolvimento%20humano%20renda,%20por%20regiões%20administrativas%20-%202000.JPG. Acesso em: 30 nov. 2010.

_____. *Proporção de pessoas da cor/raça branca em relação ao total da população, por regiões administrativas – 2000*. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2004b. Disponível em: http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1343_proporção%20de%20pessoas%20da%20cor%20raça%20branca%20em%20relação%20ao%20total%20-%202000.JPG. Acesso em: 30 nov. 2010.

LEITE, Adriana Filgueira. O lugar: duas acepções geográficas. *Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 9-20, 1998. Disponível em: http://www.anuario.igeo.ufrj.br/anuario_1998/vol21_09_20.pdf. Acesso em: 30 nov. 2010.

MAIA, Rosemere Santos. A produção do espaço em áreas de autosegregação: o caso da Barra da Tijuca. *Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 39-75, 1998. Disponível em: http://www.anuario.igeo.ufrj.br/anuario_1998/vol21_39_75.pdf. Acesso em: 30 nov. 2010.

PALLONE, Simone. Diferenciando subúrbio de periferia (notícias do Brasil). *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 11, abr.-jun. 2005. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v57n2/a06v57n2.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2010.

PRETECEILLE, Edmond; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz. Tendências da segregação social em metrópoles globais e desiguais: Paris e Rio de Janeiro nos anos 80. *EURE: Revista Latinoamericana de Estudios Urbano Regionales*, Santiago (Chile), v. 25, n. 76, p. 79-102, dic. 1999. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71611999007600004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2010.

SABOYA, Renato. Segregação espacial urbana. *Urbanidades*, revista eletrônica, UFSC, Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://urbanidades.arq.br/2009/05/segregacao-espacial-urbana/>. Acesso em: 4 jun. 2010.

SANTOS, Milton. O conceito de paisagem. In: *Geomundo: geografia: temas geográficos*, 2004. Disponível em: <http://www.geomundo.com.br/geografia-30179.htm>. Acesso em: 30 nov. 2010.

TERAPIA CELULAR EM PACIENTES CARDIOPATAS CHAGÁSICOS CRÔNICOS: ESTUDO DA DOENÇA DE CHAGAS E PERSPECTIVAS NO CAMPO DA MEDICINA REGENERATIVA

Beatriz Batemarco dos Santos¹

INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas recentes, a doença de Chagas atinge aproximadamente 10 milhões de pessoas no mundo, com a maior prevalência na América Latina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Mesmo após o centenário da descoberta da doença, ocorrido em 2009, ainda são vários os desafios para a interrupção do ciclo da doença (figura 1) e promoção da saúde aos indivíduos acometidos, que poderão apresentar uma forma grave que lhes será provavelmente causa de morte e perda de preciosos anos de vida produtiva (CARVALHEIRO, 2009).

Dentre os prejuízos causados na saúde do paciente, não apenas a insuficiência cardíaca, característica da doença, provoca debilidade ao paciente, mas também as formas digestivas. As consequências econômicas, por sua vez, incluem os custos previdenciários e médico-hospitalares, fatores cruciais para a determinação do progresso e do cuidado da qualidade vida do paciente portador da doença de Chagas, já que este é marcado pelo processo de perpetuação da pobreza familiar em zonas endêmicas e a negligência com os programas assistenciais. Tal quadro revela os gastos financeiros e sociais desencadeados pela endemia da doença e a relevância de sua erradicação para o desenvolvimento social das nações afetadas. Para tanto, é necessária a mobilização de pesquisas científicas

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). Atualmente, cursa Farmácia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Flávio Paixão (mestre em Biologia Parasitária), do Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais de Saúde (Latec). Contato: biabatemarco@gmail.com.



e recursos políticos, técnicos e estruturais para implantação de postos de controle da doença de Chagas (CARVALHEIRO, 2009).

O quadro clínico da doença de Chagas é bastante vasto e depende de diversos fatores inerentes tanto ao parasito, como a sua cepa e a carga parasitária inoculada, quanto àqueles inerentes ao próprio paciente, como sexo, idade e resistência imunológica. As manifestações da patologia variam de acordo com a evolução do parasito no organismo hospedeiro, por isso são classificadas em três fases: aguda, indeterminada e crônica (REY, 2008).

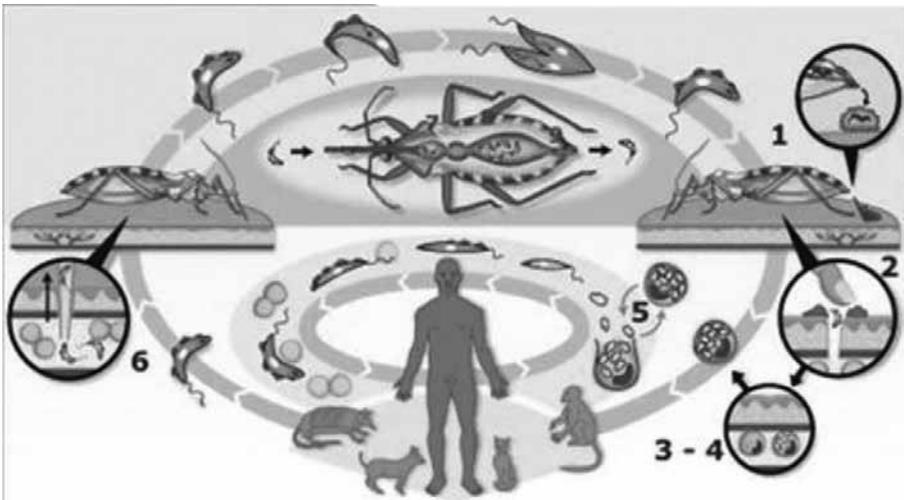


Figura 1 – Ciclo do *Trypanosoma cruzi*: 1) O hospedeiro invertebrado, triatomíneo, infectado, defeca e urina durante o repasto sanguíneo; 2) Formas tripomastigotas metacíclicas, presentes nas fezes do triatomíneo, contaminam o hospedeiro; 3) O parasito inicia o ciclo tecidual, a partir da fagocitose das formas tripomastigotas; 4) No interior da célula, as formas tripomastigotas se evadem do vacúolo parasitóforo e evoluem para formas amastigotas, iniciando assim o processo de multiplicação por divisão binária; 5) O parasita se evade da célula hospedeira e atinge a circulação sanguínea, infectando outros tecidos; 6) O triatomíneo ingere formas tripomastigotas sanguíneas durante o repasto sanguíneo; transformação do parasito em epimastigota no interior do tubo digestivo do inseto; multiplicação das formas epimastigotas no intestino médio do inseto; migração das formas epimastigotas para a ampola retal do inseto e transformação em tripomastigota metacíclicas.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, s. d.

A fase aguda da doença de Chagas humana é definida como aquela na qual é possível a detecção do protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), o agente etiológico da doença, através da realização de exames sorológicos diretos no sangue periférico (DIAS; COURA, 1997). Esta é a fase inicial da patologia, que ocorre entre o segundo e quarto mês após a infecção e um período de incubação, que dura de uma a quatro semanas (REY, 2008). O paciente pode ser assintomático ou oligossintomático, o que constitui uma grande dificuldade para o diagnóstico da doença, devido à falta de interesse ou de recursos em investigar as causas deste quadro. (DIAS; COURA, 1997). Após esse estágio da doença, o índice de parasitemia decresce, e o paciente evolui para a fase indeterminada.

Esta fase engloba as seguintes situações: a ausência de sintomatologia característica da doença, a positividade dos exames sorológicos ou xenodiagnóstico, e a apresentação de normalidade no exame de eletrocardiograma e radiologia do coração e do tubo digestivo. Estima-se que 50% da população infectada pela doença de Chagas tenham evoluído para esta fase da doença, sendo que estes podem evoluir para a fase crônica da doença ou permanecer indefinidamente na forma indeterminada (DIAS; COURA, 1997).

A fase crônica da doença é determinada através da presença de sintomas característicos e a detecção de alterações em exames laboratoriais, como eletrocardiograma e a radiografia torácica. Cerca de 30% dos pacientes chagásicos evoluem para a forma crônica da doença, em que o quadro clínico pode constituir manifestação digestiva, nervosa, cardíaca ou uma combinação entre elas (BRENER, 2000).

A forma cardíaca da doença acomete cerca de 30% dos pacientes que desenvolvem a fase crônica (BRENER, 2000) e representa a mais preocupante, pois gera a maior redução na qualidade de vida e os maiores índices de mortalidade. O paciente percebe a presença da doença através da fadiga rápida a pequenos esforços, palpitações, vertigens, angina e taquicardia. Constatam-se o desenvolvimento de uma miocardite difusa, progressiva e fibrosante, em substituição das áreas inflamadas e necrosadas formadas durante a fase aguda (figura 2). A replicação intracelular do parasito tem papel decisivo neste processo, pois contribui para

a obstrução da circulação arterial e a conseqüente formação de espasmos microvasculares, assim como microtrombos e disfunções nas células endoteliais (BRENER, 2000).

Em seguida, surgem diversas alterações no miocárdio que tentam se adaptar às novas condições, compensar o crescente dano às fibras cardíacas e recuperar a função cardíaca do paciente. Com o decréscimo da capacidade de contração do miocárdio devido à destruição de grande parte dos cardiomiócitos e sua substituição por componentes do tecido conjuntivo, as células cardíacas aumentam de diâmetro a fim de recuperar a função cardíaca, e, por conseguinte, o volume do miocárdio aumentará e apresentará parede hipertrofiada e cavidades dilatadas. No entanto, a dilatação das células faz com que os cardiomiócitos percam o controle de sua contração e que o miocárdio perca sua atividade rítmica e desenvolva diversas arritmias (REY, 2008). A evolução da insuficiência cardíaca pode gerar diversas complicações a partir de uma deficiência circulatória que compromete o transporte de oxigênio aos tecidos do corpo e, por conseguinte, o seu metabolismo.

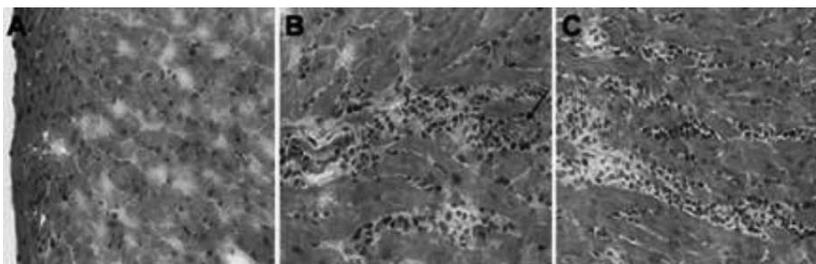


Figura 2 – Miocárdio de camundongos, respectivamente: não infectado (A), infectado pelo *T. cruzi* na forma aguda (B) e infectado na forma crônica (C). Ênfase para ninhos de amastigotas (B) e processo inflamatório dissociado dos ninhos (C). (H&E, aumento de 200X).

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, s. d.

Os indivíduos chagásicos na fase crônica da doença não podem realizar um tratamento adequado, já que o uso dos únicos medicamentos tripanomicidas, benznidazol e nifurtimox, não apresenta eficiência comprovada nas fases mais evoluídas, além de provocar uma série de efeitos colaterais, serem contraindicados para gestantes, crianças e portadores

de doenças graves e serem bastante custosos para a população acometida pela doença, que na maioria das vezes pertence às classes sociais mais baixas e dependem do auxílio do sistema de saúde público (LIMA; SOARES; SANTOS, 2009).

Tendo em vista esta deficiência em estratégias terapêuticas e a recente evolução da área de medicina regenerativa, que busca regenerar tecidos e órgãos afetados por patologias degenerativas através da manipulação de células-tronco embrionárias ou adultas, propõem-se o uso de tais técnicas para o tratamento dos pacientes acometidos pela forma cardíaca da doença de Chagas, através do transplante autólogo de células da medula óssea (ZAGO, 2006).

Sabe-se que determinados tecidos têm enorme capacidade de reconstrução e necessitam de constante substituição de suas células, como o epitélio da pele e do intestino; porém, ainda há pouco, acreditava-se que o miocárdio não seria um órgão com capacidade para se autorregenerar, e também pouco se sabia acerca das células responsáveis por tal processo ou mesmo qual seria seu potencial de diferenciação. Contudo, pesquisas demonstraram que células progenitoras reintroduzidas no organismo, em um determinado órgão lesionado, teriam a capacidade de se diferenciar em células deste tecido e se integrar ao órgão, passando a exercer as suas funções fisiológicas (LIMA; SOARES; SANTOS, 2009).

Essas células progenitoras, mais conhecidas como células-tronco, são definidas como células indiferenciadas, que apresentam três propriedades essenciais: são clonogênicas, pois têm a capacidade de produzir “réplicas” idênticas; têm a capacidade de autorregeneração, pois podem se dividir indefinidamente; e por fim, possuem a capacidade de diferenciação em células especializadas. Tais células dividem-se de maneira “assimétrica”, isto é, ao se dividirem dão origem a uma célula que permanecerá indiferenciada, o que possibilita a manutenção da quantidade inicial de células-tronco, e a outra célula, denominada de célula progenitora, se especializará na função de um tecido específico (PENDYALA et al., 2008).

Tais células podem ser classificadas em diferentes tipos, levando-se em consideração sua capacidade de diferenciação. São eles: totipotente, pluripotente, multipotente e unipotente. O desenvolvimento embrionário

dos seres pluricelulares tem início com a fusão entre duas células germinativas: um gameta de origem paterna e outro de origem materna. Este fenômeno, denominado de fecundação, dá origem a uma célula-ovo, ou zigoto, que é classificada como totipotente, pois tem a capacidade de originar todo o organismo do ser, inclusive os seus anexos extraembrionários. Isso significa que a célula totipotente pode dar origem a células dos três diferentes folhetos germinativos e também aos trofoblastos (ZAGO, 2006).

Forma-se, então, após o quinto dia de fertilização, aproximadamente, depois de sucessivas divisões, um aglomerado de células que se fixa no útero materno. Nesta etapa já houve o desenvolvimento do embrião, que contém uma camada externa de células e dará origem aos anexos embrionários, e uma camada interna, que contém as chamadas células-tronco embrionárias. Tais células, por sua vez, são classificadas como pluripotentes, pois são capazes de se diferenciar em células dos três folhetos germinativos, mas não em trofoblastos. Também recebem essa classificação as células germinativas embrionárias que surgem entre o nono e o décimo segundo dia após a fertilização, e as células do carcinoma que derivam de células tumorais, mas tem baixo potencial para diferenciação, já que contêm diferentes DNAs (ZAGO, 2006).

Os organismos adultos também possuem reservas de células-tronco, chamadas de células-tronco somáticas, pois as células que terminam o ciclo celular e sofrem apoptose natural precisam ser substituídas por outras a fim de manter a homeostase celular. No entanto, de acordo com o desenvolvimento do organismo, os grupos celulares adquirem especializações e vão restringindo sua capacidade de diferenciação, dando origem a células multipotentes, como as células hematopoéticas, que podem dar origem a vários tipos celulares, mas em número limitado. As células-tronco oligopotentes, por sua vez, apresentam uma capacidade ainda mais limitada de diferenciação, e as células unipotentes podem dar origem a apenas um tipo de célula diferenciada, geralmente restrita ao seu próprio tecido (ZAGO, 2006). Desta forma, os tecidos autorrenováveis apresentam reservas de células-tronco tecido-específicas, que surgiram após sucessivas divisões de células multipotentes, e utilizam suas propriedades com o objetivo de manter o índice de células, de forma

que as células indiferenciadas se especializem e substituam aquelas que morreram (WEISSBERG; QASIM, 2005).

O organismo possui a capacidade de regenerar espontaneamente os tecidos que sofreram alguma espécie de lesão decorrente de patologias ou agressões, além de substituir as células daqueles tecidos que precisam de constante renovação devido ao grande desgaste, como é o caso do epitélio da pele ou do trato digestivo. Cada tecido apresenta uma capacidade de regeneração diferente. Por exemplo, a pele pode ser cicatrizada rapidamente, ao contrário do pâncreas, que tem maior dificuldade em reparar possíveis danos. A idade também é um fator que determina a facilidade na regeneração dos tecidos: enquanto uma criança pode se curar de uma fratura óssea facilmente, um idoso apresenta grande dificuldade na recuperação do tecido ósseo. Portanto, de acordo com as necessidades do corpo, as células-tronco tecido-específicas proliferam-se e se diferenciam em células de seu tecido de origem (ZAGO, 2006).

Este estudo realiza a discussão e o apontamento da metodologia atualmente realizada no transplante autólogo de células da medula óssea para o tratamento dos pacientes cardiopatas crônicos devido à doença de Chagas. Desta forma, serão abordados os fatores determinantes para o bom êxito da terapia, como o processo de seleção e purificação de células do aspirado, a via de administração do aspirado celular e a quantidade células injetadas no paciente (ROSSI; BOROJEVIC, 2009). Além disso, diversas questões de valor científico intrínseco, que também são fundamentais ao desenvolvimento e aprimoramento de tais técnicas, não são totalmente esclarecidas, como os mecanismos de diferenciação das células-tronco, que envolvem modificações na expressão gênica.

RESULTADOS

Expressão gênica e diferenciação celular

O patrimônio genético de praticamente todas as células somáticas de um organismo, inclusive as células-tronco, é idêntico, ou seja, elas apresentam o mesmo DNA. No entanto, a ativação de determinados ge-

nes proporciona a produção de diferentes RNAs e perfis de proteínas, gerando assim grupos de células com diferentes funções e metabolismos, os tecidos. Além disso, a síntese de proteínas pode diferir entre células de um mesmo tecido, pois esta depende do microambiente e de fatores externos que estimulam ou inibem a produção de determinados metabólitos. Desta forma, a expressão gênica de uma determinada célula depende de seu estado funcional (ZAGO, 2006).

A avaliação da expressão gênica de células-tronco é fundamental, pois além do seu valor científico propriamente dito, ela auxilia a identificação dos genes que são ativados ou desativados no processo de transdiferenciação e o entendimento dos mecanismos que determinam o estado de pluripotência, multipotência, unipotência e, por fim, de total diferenciação de uma determinada célula. Houve, nas últimas décadas, consideráveis avanços no que diz respeito ao conhecimento acerca do funcionamento molecular e biológico das células-tronco. Contudo, os mecanismos envolvidos no processo de diferenciação ainda são pouco conhecidos, e existem algumas teorias que procuram explicá-lo, embora nenhuma tenha sido provada ainda. Sabe-se que este processo depende de fatores presentes no microambiente e de fatores intrínsecos, representados por vias de sinalização intracelular nas quais genes são os principais envolvidos.

Identificação das células

A identificação das células-tronco deve ser realizada através de procedimentos apropriados, que reflitam suas características biológicas e funcionais, já que elas são morfologicamente semelhantes às outras células. Para tanto, devem ser utilizados anticorpos monoclonais dirigidos contra as moléculas marcadores de superfície, que agem como receptoras de outras moléculas e meios de comunicação entre as células. Tais anticorpos, quando conjugados com enzimas ou fluorocromos, podem indicar através de determinadas cores a presença de um grupo ou subgrupo específico de células (ZAGO, 2006).

As técnicas que permitem as melhores visualizações e, portanto, são as mais indicadas, são citometria de fluxo e microscopia ótica. O primeiro caso, utilizado para células em suspensão, é capaz de determinar

com precisão o número de células identificadas, suas características morfológicas internas e, em determinados casos, até mesmo isolar as células de interesse. Após a marcação das células com os anticorpos acoplados aos fluorocromos, estas atravessam um pequeno orifício e são submetidas a um campo elétrico (figura 3). A identificação imunofenotípica é possível, pois as células marcadas apresentam carga negativa, e as não marcadas apresentam carga positiva (ZAGO, 2006).

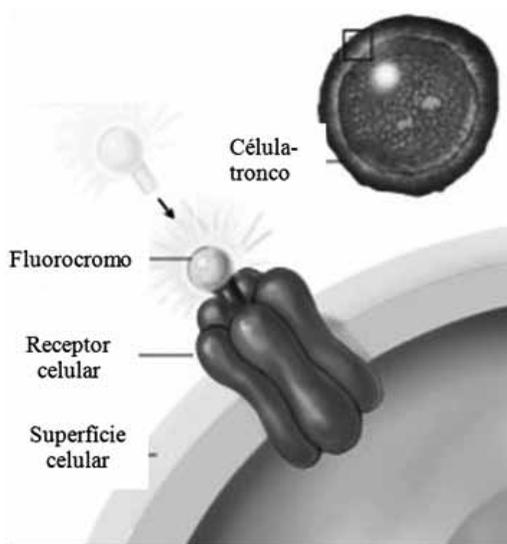


Figura 3 – Esquema de marcação de superfície celular por fluorocromos.
Fonte: National Institutes of Health, 2009.

No caso da purificação das células hematopóéticas, é realizada a marcação de superfície por anticorpos monoclonais CD34 ou AC133. Assim, elas são submetidas a um campo magnético que irá reter as células marcadas, enquanto as outras são transportadas pela coluna após a lavagem com PBS. Após a retirada da coluna, as células de interesse são retiradas e submetidas à citometria de fluxo, a fim de determinar o seu grau de pureza. A caracterização imunofenotípica é imprescindível para o processo de purificação e isolamento de grupos celulares de interesse. No entanto, este processo ainda é pouco difundido, o que impede o aprimoramento.

ramento dos estudos dependentes de informações mais precisas acerca das características individuais das células-tronco, como o seu ciclo celular e sua expressão gênica (ZAGO, 2006).

Terapia celular

A terapia celular envolve um conjunto de métodos baseados na utilização de células para o tratamento de doenças. O primeiro procedimento de terapia celular posto em prática foi a transfusão de componentes sanguíneos, sendo até hoje um dos mais utilizados. Atualmente, a terapia celular apresenta diversas finalidades: o transplante de células-tronco hematopoéticas; a imunoterapia como tratamento de neoplasia; o uso de células para destruir células neoplásicas e reparar tecidos; terapia gênica; mobilização de células sítio dirigidas; imunomodulação; aférese, criopreservação e imunosseleção; e, por fim, a medicina regenerativa (ZAGO, 2006).

Acreditava-se que o miocárdio não seria um órgão com capacidade para se autorregenerar. Além disso, pouco se sabia acerca das células responsáveis por tal processo, ou qual seria seu potencial de diferenciação. Contudo, pesquisas realizadas na área da medicina regenerativa demonstraram que células reintroduzidas no organismo, em um determinado órgão lesionado, teriam a capacidade de se diferenciar em células deste tecido e se integrar ao órgão, passando a exercer as suas funções fisiológicas (ROSENSTRAUCH et al., 2005). A terapia celular representou uma alternativa para o tratamento de diversas doenças, principalmente aquelas que assolam grande parcela da população mundial e não apresentam, ainda, uma forma de tratamento satisfatória, como é o caso do diabetes mellitus, de cardiopatias e de doenças autoimunes, doença de Parkinson, esclerose múltipla e outras (ZAGO, 2006).

A falência cardíaca, cuja principal causa atualmente é o infarto do miocárdio, atrai ainda especial interesse, pois atinge indivíduos de todas as classes sociais e é motivo de preocupação para países centrais, como é o exemplo dos Estados Unidos. Este é o principal problema de saúde pública no país, atingindo cerca de 5 milhões de pessoas e com índice de 550.000 novos casos diagnosticados por ano. A adoção dos novos hábi-

tos de vida na população americana, como a má alimentação, o estresse e o sedentarismo, contribuem para o crescimento alarmante da doença. O interesse pela busca no tratamento se deve pela incapacidade, por parte dos pacientes cardíacos, de prosseguir com a produtividade na rotina de trabalho, gerando ônus para as empresas, além de demandar grandes investimentos na área de saúde (ANGELINI; MARKWALD, 2005).

Os tratamentos vigentes para a falência cardíaca devido ao infarto incluem o transplante cardíaco, a implantação de marca-passo e a terapia farmacêutica. Porém, apesar dos recentes avanços, todos eles impõem uma série de limitações ao paciente que impedem maior aumento na qualidade de vida e não apresentam uma resposta na melhora cardíaca satisfatória, além de serem custosos (ROSENSTRAUCH et al., 2005).

Tendo em vista os interesses descritos, desenvolveu-se a técnica denominada cardiomioplastia celular, que consiste na realização de determinadas técnicas para a reconstrução e neoangiogênese do miocárdio, utilizando células-tronco como agentes terapêuticos (PENDYALA et al., 2008).

Fontes de células e sua atuação

Tendo em vista a capacidade ilimitada de dar origem a todos os tipos celulares de um organismo humano, as células-tronco embrionárias foram vistas como uma fonte bastante promissora para a realização da terapia celular em diversas doenças. Dentre as vantagens deste tipo celular, pode-se mencionar a capacidade de proliferação e permanência da indiferenciação em culturas *in vitro*, assim como a sua capacidade de diferenciar em células de um determinado tecido, caso o seu ambiente de cultura seja favorável (ZAGO, 2006). No entanto, a obtenção de células-tronco embrionárias humanas envolve uma discussão ética, religiosa e cultural bastante polêmica, já que esta envolve a destruição do embrião. No Brasil, a lei nº 11.105 (Lei de Biossegurança) permite a utilização de células embrionárias obtidas por fertilização *in vitro*, mas não utilizadas no procedimento, sob as condições de que os embriões sejam inviáveis ou congelados há 3 anos ou mais, e que os genitores apresentem consentimento sobre a utilização do embrião para fins de pesquisa e terapia.



Uma alternativa para a utilização de embriões provenientes de clínicas de fertilização assistida é a técnica de indução de potência, que a partir da reprogramação genética de células-tronco somáticas, permite a obtenção de células-tronco pluripotentes induzidas (iPS). Deste modo, é possível obter células com a mesma capacidade de autorrenovação e diferenciação das células-tronco embrionárias sem o envolvimento de questões ético-religiosas (ZAGO, 2006).

Desde que foi descoberta a existência de células-tronco multipotentes na medula óssea capazes de se diferenciarem em células endoteliais, hematopoéticas e mioblastos, aumentou-se ainda mais o interesse no tratamento das doenças crônicas, pois a medula óssea é de fácil obtenção e, portanto, um recurso prático para uso clínico. Tais células são consideradas bastante promissoras, pois, por possuírem uma capacidade de diferenciação mais limitada, apresentam menor possibilidade de gerar tumores *in vivo*, ao contrário das células-tronco embrionárias. Observa-se que, quando expostas a um meio de cultura conveniente, tais células diferenciam-se em cardiomiócitos adultos com as mesmas características genotípicas e fisiológicas, além de desenvolverem discos intercalados (LERI; KAJSTURA; ANVERSA, 2006).

As células mais eficientes para o uso na terapia celular de cardiopatia de etiologia chagásica ainda são discutidas, pois devem ser levados em consideração os seguintes fatores: facilidade na obtenção, risco de rejeição, complicações, eficácia funcional, além da ausência de restrições a seu uso, devido a polêmicas, como é o caso das células-tronco embrionárias. As células mais promissoras são os mioblastos esqueléticos e as células da medula óssea (GUARITA-SOUZA et al., 2009).

Mioblastos esqueléticos

Os mioblastos esqueléticos dão origem às células do tecido muscular e residem nas membranas basais de determinados órgãos. No caso de alguma agressão patológica ou física, tais células são recrutadas para a remodelação e reconstrução do tecido muscular (ROSENTRAUCH et al., 2005). Tal grupo apresenta o maior potencial para diferenciação em cardiomiócitos, principalmente após um trauma, e portanto é propício para

a repopulação de regiões infartadas, além de poder ser manipulado facilmente *in vitro* (GUARITA-SOUZA et al., 2009).

Pesquisas que tratam da reconstrução tecidual em infarto do miocárdio indicam que os mioblastos atuam na miogênese e, portanto, contribuem para uma melhoria na função ventricular (GUARITA-SOUZA et al., 2009). Contudo, as novas fibras cardíacas originadas dos mioblastos transplantados isoladamente podem apresentar deficiência na integração funcional com o miocárdio, devido à ocasional ausência de formação de discos intercalados com as fibras já presentes no miocárdio, o que representa o risco de futuras arritmias ventriculares, heterogenicidade de potenciais elétricos entre os cardiomiócitos e deficiência no transporte de íons e moléculas entre as células vizinhas (PENDYALA et al., 2008).

Células mesenquimais

As células mesenquimais, por sua vez, atuam na neoangiogênese e não contribuem para uma melhoria no efeito funcional. A cocultura e o cotransplante de ambos os perfis celulares promoveriam a substituição dos cardiomiócitos e a revascularização do miocárdio, e supririam as deficiências que a utilização isolada de um deles provoca (GUARITA-SOUZA et al., 2009) (figura 4).

Terapia celular em cardiopatia chagásica

O sucesso do transplante celular depende de diversos fatores, que devem ser mais bem compreendidos e discutidos a fim de aprimorar as técnicas e, conseqüentemente, os resultados obtidos a partir do referido tratamento. Dentre eles, pode-se citar o número de células viáveis administradas; os níveis de necrose tecidual e de sobrevivência das células transplantadas; a proliferação; e a diferenciação das células. Os fatores mais importantes na metodologia da cardiomioplastia celular são: o processo de purificação do aspirado; a via de administração do aspirado celular; a quantidade células injetadas no paciente; e a precocidade na realização do transplante após a agressão ao miocárdio (ROSSI; BOROJEVIC, 2009).



Tipos celulares	Embrionárias		Adultos			
	Embrião	Músculo esquelético	Medula óssea		Sangue	Coração
	Células embrionárias	Mioblastos esqueléticos	Células mesenquimais	Células hematopoéticas	Células endoteliais	Células cardíacas
Capacidade de contractilidade	++	+	+?	-?	-	++
Capacidade de neoangiogênese	++	-?	+?	?	++	?
Imunogenicidade	+	-	-	-	-	-

Reparação e regeneração cardíaca

Figura 4 – Potenciais células-tronco para a terapia celular em cardiologia. Atuação de cada célula na reparação tecidual. Fonte: PENDYALA et al., 2008.

Experimentos que realizaram transplantes de medula óssea em modelos murinos e humanos relatam que a coleta se dá através de punção por crista ilíaca, o que é um método simples e fácil, causando incômodos menos intensos ou riscos para o paciente quando comparado com a terapêutica utilizada atualmente. No caso da coleta de mioblastos esqueléticos, é necessária a realização de uma cirurgia, já que tais células estão localizadas na camada basal do miocárdio (ROSENSTRAUCH et al., 2008).

O infiltrado de células obtido a partir da medula óssea contém diversos grupos celulares, e seria de grande interesse para a terapia celular a identificação e separação das células responsáveis especificamente pela reconstrução e revascularização cardíaca. Contudo, estes grupos ainda não foram reconhecidos, por isso a purificação e o isolamento das células da medula óssea preservam os progenitores hematopoéticos, mesenquimais e endoteliais, que podem participar direta ou indiretamente deste processo (LERI; KAJSTURA; ANVERSA, 2006). Caso as atuações moleculares dos subgrupos celulares fossem bem conhecidas, seria possível o tratamento e a expansão da cultura celular *in vitro*, o que facilitaria sua

proliferação e diferenciação, além de permitir um maior controle dos profissionais sobre os agentes manipulados.

Sabe-se que a manipulação e as condições de cultivo das células coletadas interferem nas suas propriedades, e podem interferir no seu processo e potencial de diferenciação. Contudo, pouco ou nada se sabe acerca das substâncias que poderiam aprimorar a diferenciação nas células de interesse. Desta forma, o transplante de medula óssea que pode ocorrer de forma total, fracionada ou com uma subpopulação bem definida de células, na maioria das vezes é realizado com a fração de células mononucleares, no caso do tratamento da cardiopatia chagásica crônica (ROSENSTRAUCH et al., 2005).

No momento, apesar da considerável experiência e pesquisa em transplantes celulares, o procedimento para seleção e purificação de tais células ainda é bastante limitado e “está longe de um consenso científico e médico” (ROSSI; BOROJEVIC, 2009, p. 82). O principal objetivo atual nos cuidados laboratoriais com o infiltrado de células é sua proteção contra possíveis agressões físicas ou químicas *in vitro*, preservando suas propriedades biológicas apresentadas *in vivo*, o que impossibilita, neste momento, a expansão clonal e as manipulações por um longo período de tempo.

A técnica mais utilizada nos estudos clínicos no meio tempo entre a coleta e o transplante das células é a centrifugação em gradiente de densidade, geralmente utilizando Ficoll-Hypaque Plus de densidade 1.077g/ml (ROSSI; BOROJEVIC, 2009; ZAGO, 2006). O motivo para tal escolha é a obtenção de resultados bastante satisfatórios nas experimentações clínicas até então, que indicam o sucesso na conservação das células de interesse. A solução de Ficoll-Hypaque compreende polímeros de carboidratos Ficoll, além de um composto iodado de metrizamida. Assim, após a centrifugação a baixa velocidade, a fração de células mononucleares, que são de interesse para o transplante, localiza-se no intermédio entre a fase aquosa, superior, que apresenta plaquetas e proteínas, e a fase orgânica, que apresenta as hemácias e os leucócitos granulócitos sedimentados.

Seeger et al., 2007 (apud ROSSI; BOROJEVIC, 2009, p. 83) demonstraram que diferenças na forma de armazenamento, na solução da coleta e mesmo no gradiente de densidade podem alterar a purificação

e função de células derivadas de aspirados da medula óssea. “As células foram diluídas em soro fisiológico contendo 3% de albumina humana e imediatamente transportadas, em ambiente refrigerado, para injeção nos pacientes. Portanto, o intervalo de tempo entre a obtenção da fração mononuclear e a injeção não excedeu quatro horas.” (ROSSI; BOROJEVIC, 2009, p. 82). Há estudos que constataram diminuição da capacidade de migração quando o infiltrado de células é mantido em solução salina com plasma fisiológico heparinizado, se comparado com a estocagem em plasma autólogo (ROSSI; BOROJEVIC, 2009).

O aprimoramento da técnica de isolamento seria fundamental para a obtenção de melhores resultados, pois a administração de uma subpopulação bem definida de células, cujos mecanismos de atuação sejam bem conhecidos, influenciaria diretamente o processo de angiogênese, de remodelação do tecido agredido e a melhoria na capacidade funcional do miocárdio (LERI; KAJSTURA; ANVERSA, 2006).

O isolamento das células hematopoéticas ocorre através da filtração imunofenotípica com anticorpos c-kit e Sca-1, expressam antígenos CD45+ CD34+ e CD45+CD133. As células mesenquimais, por sua vez, representam de 0,001% a 0,01% do volume total da medula óssea e expressam as moléculas de adesão: ALCAM e CD44, além dos antígenos SH2, SH3, SH4 e STRO-1. Por fim, as células progenitoras endoteliais representam uma porção das células hematopoéticas que podem se diferenciar em tecido endotelial *in vitro*. Elas expressam os antígenos CD133, CD34 e marcadores Flk-1 (PENDYALA et al., 2008).

A purificação das células mesenquimais, após a separação por gradiente de densidade, envolve a sua aderência em plástico. As células que se aderem são submetidas a expansão *ex vivo* e ao crescimento em um meio específico com soro fetal bovino. Deve-se perceber que tais procedimentos não são realizados no caso do transplante de células mononucleares em pacientes chagásicos, pois se tem a preocupação em evitar as agressões que o meio *in vitro* pode causar às células, inviabilizando tal manipulação (ZAGO, 2006).

Rossi e Borojevic (2009) correlacionaram as características fenotípicas das células identificadas por citometria de fluxo e os parâmetros

funcionais observados após o transplante. Houve uma relação direta entre o número de células e o sucesso da terapia. Neste aspecto, foi demonstrado que os linfócitos não favorecem o processo, enquanto as células CD3+CD8+ e CD56+ são claramente desfavoráveis. A exclusão destes linfócitos promoveria as reações desejadas e inibiria aquelas que não são desejadas.

O infiltrado de células da medula pode ser administrado no paciente através de métodos invasivos e não invasivos. Os métodos mais aceitos consistem na injeção pericárdica direta por via cirúrgica e a infusão intracoronariana. O primeiro permite a aplicação nas áreas mais afetadas pelo miocárdio; no entanto, este método pode causar complicações, como arritmias, devido às agressões causadas pelo procedimento (ZAGO, 2006). A injeção via cateter se mostrou eficiente e recomendada para os pacientes crônicos de alto risco, pois apresenta segurança e menores riscos de complicações pós-cirúrgicas, embora ainda necessite de maiores testes clínicos até se assegurar a real eficácia (PENDYALA et al., 2005).

A aplicação de fatores de crescimento no miocárdio de pacientes cardiopatas, como G-CSF (Granulocyte-colony stimulating factor), fator estimulador da formação de colônias de granulócitos, também é amplamente incentivada, pois promove a migração das células-tronco e células progenitoras através da circulação sem a necessidade da realização do transplante. Sugere-se que tal fator induz a angiogênese e desempenha papel citoprotetor, embora sua atuação e suas vias regulatórias não sejam completamente compreensíveis (ZAGO, 2006). A injeção subcutânea do fator de crescimento em associação com o transplante de medula óssea apresentou melhores resultados quando comparada com a utilização isolada de uma das técnicas, diminuindo os níveis de inflamação e necrose tecidual (LIMA; SOARES; SANTOS, 2009).

Mecanismos das células transplantadas

A terapia celular tornou-se especialmente atraente para as doenças cardiovasculares, pois a recuperação do miocárdio depende apenas da capacidade de contratilidade e de angiogênese, dispensando atividades enzimáticas e hormonais como em outros órgãos. A contratilidade pode

ser garantida através da formação de filamentos de actina e miosina; enquanto a angiogênese, vasculogênese e arteriogênese são viabilizadas por células endoteliais e hematopoéticas. Neste aspecto, o transplante mostra-se mais atraente para as doenças cardiovasculares, pois outros órgãos apresentam funções mais complexas, como produção enzimática e hormonal (ZAGO, 2006).

Para restabelecer a funcionalidade do miocárdio, os novos cardiomiócitos devem agir de tal modo que haja uma perfeita integração não somente estrutural e funcional com as células já residentes, mas também harmonia elétrica. Para tanto, devem ser formados desmossomos e junções *gap* que estabeleçam a comunicação entre as células interpostas e promovam a coordenação na contração do miocárdio. Assim, reduzir-se-iam as possibilidades de arritmias e fibrilações após o transplante, que representam um dos desafios no aprimoramento da técnica (PENDYALA et al., 2008).

O quadro da cardiopatia chagásica crônica, ao contrário das outras doenças em que não há um processo inflamatório, é atraente para a realização da cardiomioplastia celular, pois ocorre a produção de linfócitos, macrófagos, citocinas e outros fatores quimioatraentes que constroem um ambiente propício para a migração e o *homing* das células transplantadas. Além disso, ocorre uma fibrose difusa pelo miocárdio, ao contrário do infarto agudo do miocárdio, em que há uma região limitada de necrose tecidual e requer, portanto, uma ação localizada e potente das células transplantadas (LIMA; SOARES; SANTOS, 2009).

Existem três mecanismos principais que podem explicar a melhoria da função cardíaca após o transplante. São eles: a fusão das novas células com as já residentes; a transdiferenciação efetiva das células mononucleares e os efeitos parácrinos (figura 5). Estas possibilidades não são mutuamente exclusivas, e espera-se que tais mecanismos ocorram em conjunto, o que indica a atuação direta e indireta das células mononucleares transplantadas (LERI; KAJSTURA; ANVERSA, 2006).

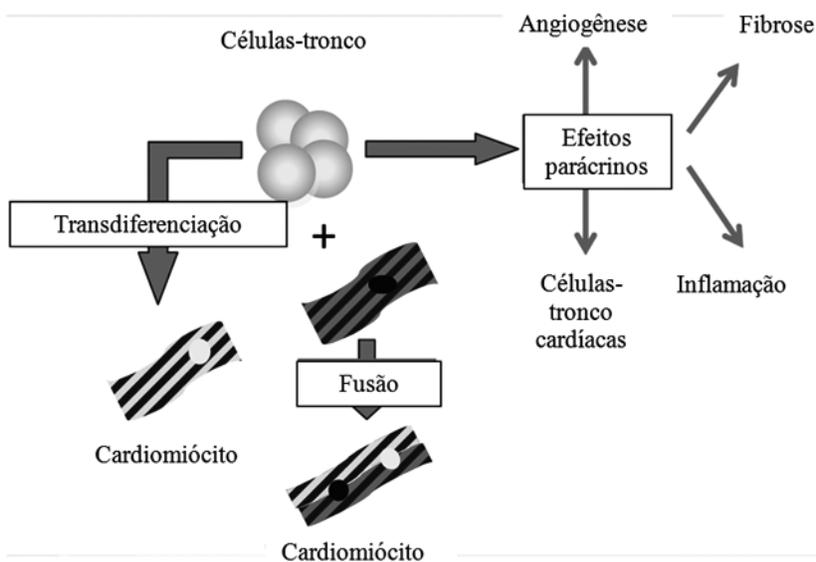


Figura 5 – Possíveis mecanismos de atuação das células transplantadas.

Destacam-se os processos de transdiferenciação, fusão entre cardiomiócitos e os efeitos parácrinos.

Fonte: Lima, Soares e Santos, 2009.

Inicialmente, a terapia celular foi pensada como forma de repopulação de cardiomiócitos através da transdiferenciação das células-tronco; no entanto, esta hipótese está sendo menos aceita como a verdadeira causa das melhoras observadas em testes *in vivo*. Em testes clínicos, foi constatado a transdiferenciação, no pós-transplante, de tais células-tronco em cardiomiócitos, o que comprova a migração, a plasticidade das células e a possibilidade de reconstrução do miocárdio (LIMA; SOARES; SANTOS, 2009).

Atualmente, sugere-se que o motivo mais provável para resultados são os efeitos parácrinos, que ocorrem segundo um complexo mecanismo de interação e liberação de sinais entre as células transplantadas e as outras populações celulares do miocárdio lesado. As células mesenquimais podem liberar citocinas arteriogênicas que estimulem o processo de neoangiogênese, ou ainda liberar fatores de crescimento que afetem as células-satélites cardíacas e promovam a sua integração e diferenciação em novos cardiomiócitos e células endoteliais (CARVALHO et al., 2009a).

Além disso, foi registrado o efeito antiapoptótico destas mesmas células, que, por expressarem a proteína Akt, reduziram os níveis de apoptose de cardiomiócitos submetidos à hipóxia (GNECCHI, 2005 apud CARVALHO, 2009a).

A ativação dos cardiomiócitos através do efeito parácrino de secreção de fatores ou a diferenciação em outros novos é responsável pela diminuição da fibrose, resultado bastante comum nos estudos de terapia celular em doença de Chagas (SOARES, 2004a; LIMA, SANTOS, SOARES, 2009). Sabe-se que a presença de sinais de agressão ao tecido, como necrose, apoptose e células inflamatórias são fundamentais para a diferenciação e recrutamento de células indiferenciadas, pois estas migram naturalmente, em menor quantidade, para áreas infartadas do miocárdio (figura 6). Sendo assim, este processo depende da relação entre o novo pool de células e o microambiente (LERI; KAJSTURA; ANVERSA, 2006). A fusão entre as células também é um mecanismo aceito, embora seja registrado com menor frequência. Este processo foi sugerido, pois observou-se o surgimento de células tetraploides e hexaploides após a realização do transplante (CARVALHO et al., 2009a).

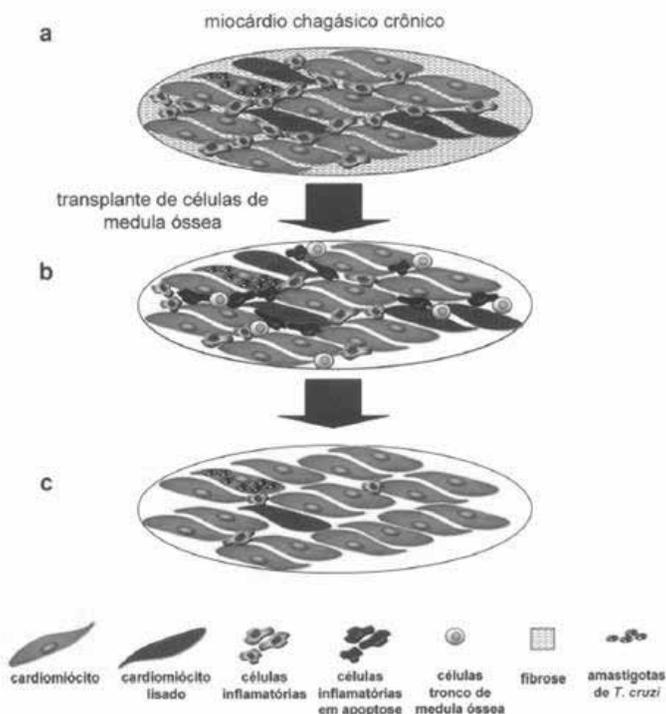


Figura 6 – Esquema representativo de um transplante autólogo de células da medula óssea. Após o transplante de células-tronco, estas migram para o miocárdio inflamado do paciente chagásico crônico (a) e causam redução do número de células inflamatórias por indução de apoptose (através de mecanismos ainda desconhecidos) e diminuição da fibrose presentes na cardiopatia chagásica crônica (b). O reparo do tecido lesado (c) pode resultar da transformação de células-tronco (residentes no tecido cardíaco ou não) em novos cardiomiócitos e/ou da estimulação da proliferação de cardiomiócitos já existentes, através de mecanismos ainda desconhecidos. A redução da inflamação previne ou diminui a ocorrência de novos eventos de miocitólise e a diminuição da produção de mediadores inflamatórios, que podem contribuir para a disfunção cardíaca e para a deposição de fibrose. O parasitismo residual no coração, assim como em outros tecidos, não é afetado por este processo.

Fonte: Soares, Santos e Carvalho, 2004a.

A redução das áreas inflamatórias poderia ser resultado do maior índice de apoptose das células inflamatórias após o transplante (SOARES; SANTOS; CARVALHO, 2004a). Este fato confirmaria o mecanismo de

imunomodulação, utilizado pelas células mesenquimais, e que assume fundamental importância na terapia celular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das confirmações de que o transplante autólogo de células-tronco é um procedimento exequível, sem rejeições e seguro, ainda pode ser considerado o risco de um possível caso de arritmias ventriculares, principalmente no caso de injeção cirúrgica de mioblastos. A agressão causada pelo método invasivo pode interromper com a contração rítmica do miocárdio. Além disso, as diferenças eletrofisiológicas entre as células transplantadas e as já residentes podem levar à formação de circuitos reentrantes (ZAGO, 2006). Testes clínicos com a injeção intracoronariana de células mononucleares raramente observam a ocorrência de arritmias graves após o transplante; no entanto, os resultados devem ser os mais seguros possíveis.

No caso do uso de células mais indiferenciadas, como as células-tronco embrionárias, sua multiplicação descontrolada pode implicar em formações neoplásicas. Outra preocupação diz respeito à instabilidade de lesão arterosclerótica, o que aumenta o risco coronariano devido à liberação de proteases pelas células precursoras endoteliais e hematopoéticas (ZAGO, 2006).

Apesar dos recentes avanços, diversas questões fundamentais para o desenvolvimento das pesquisas ainda permanecem controversas e necessitam de mais dados, a fim de esclarecer os mecanismos de cardiomiogênese e os métodos de engenharia tecidual. Desta forma, dúvidas específicas, que dizem respeito à aplicação médica do transplante autólogo de células da medula óssea, poderão ser respondidas, como o número de células administradas, o método de administração mais eficiente, o tempo de transplantação e os tipos celulares mais indicados a cada quadro clínico. O atual processo de purificação, que compreende a separação do infiltrado através do gradiente de densidade, apesar de aceito devido à longa experiência em testes clínicos, não permite o entendimento de quais são os efeitos isolados de atuação das células me-

senquimais, hematopoéticas e precursoras endoteliais (LERI; KAJSTURA; ANVERSA, 2006).

No caso do tratamento da cardiopatia chagásica crônica, os resultados mostram-se promissores, mas sem o aprimoramento das técnicas atuais há pouca chance de obtenção de melhores resultados. Como se sabe, diferentes manipulações dos meios de cultura e formas de armazenamento podem alterar as características funcionais das células e, assim, aprimorar a recuperação do infiltrado de células pós-transplante, além de direcionar um mecanismo específico de remodelação tecidual (ROSSI; BOROJEVIC, 2009).

Sendo assim, o prosseguimento dos ensaios clínicos deve ser conduzido com um número suficientemente grande de modelos ou pacientes, bem como devem ser randomizados, duplos-cegos e controlados por placebos. Também é de fundamental importância a associação dos testes a análises funcionais e fenotípicas das células utilizadas, possibilitando a comparação dos parâmetros e a identificação dos fatores determinantes para o bom êxito do transplante (ZAGO, 2006).

Existe um grande interesse, para a comunidade científica e a sociedade, em encontrar tratamentos para doenças de alta incidência e altos índices de morbidade, e que ainda não apresentam cura ou terapêutica eficaz. A terapia celular surgiu como alternativa bastante sedutora e o número de trabalhos científicos a seu respeito cresceu exponencialmente nos últimos anos. No entanto, o modo especulativo como tal alternativa foi veiculada pelos meios de comunicação provocou um otimismo exagerado, o que pode gerar demagogias, mobilizações sem fundamentação e o uso indevido e irresponsável de tais métodos, além de atrapalhar as etapas que devem ser seguidas no desenvolvimento e conclusão dos estudos laboratoriais.

Deve-se encarar tal situação com a consciência de que os cientistas não têm poder ilimitado sobre a manipulação da vida. O progresso das pesquisas básicas deve seguir com extremo cuidado, pois os estudos estão em fase inicial e ainda há muito a se compreender sobre os próprios mecanismos fisiológicos e moleculares de diferenciação celular e reparação tecidual.

O surgimento de uma terapia deve ser embasado a partir destes entendimentos, o que significa que o uso clínico destas células faz parte de uma segunda fase dos estudos, afinal, a disponibilidade desta terapêutica requer grandes esforços e uma fundamentação bastante sólida. As experimentações realizadas em humanos requerem muita responsabilidade e conhecimentos, a fim de que os resultados sejam consistentes e realmente contribuam para a evolução da pesquisa biomédica, desde a metodologia científica, o planejamento dos experimentos e, por fim, a transferência segura dos testes clínico-laboratoriais à prática médica. Deste modo, a aplicação da terapia celular requer a superação dos diversos desafios abordados, para então, em médio ou longo prazo, tornar-se um tratamento passível de ser aplicado no tratamento médico rotineiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELINI, Paolo; MARKWALD, Roger R. Stem Cell Treatment of the Heart. *Texas Heart Institute Journal*, v. 32, n. 4, p. 479-488, 2005. Disponível em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17353558>. Acesso em: 10 mar. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 mar. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm. Acesso em: 5 ago. 2011.

BRENER, Zigman; ANDRADE, Zilton A.; BARRAL-NETO, Manoel. *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CARVALHEIRO, José da Rocha et al. *Clássicos em doença de Chagas: história e perspectivas no centenário da descoberta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CARVALHO, Antonio C. Campos de et al. Bases da terapia celular em cardiologia. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 31, supl. 1, p. 75-81, 2009a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842009000700012. Acesso em: 4 abr. 2010.

_____ et al. Cell Therapy in Chagas Disease. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, v. 2009b. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ipid/2009/484358/>. Acesso em: 6 jun. 2010.

DIAS, João C. P.; COURA, José R. *Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Doença de Chagas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 27 fev. 2012.

GOLDENBERG, Regina C. S. et al. Bone Marrow Cell Therapy Ameliorates and Reverses Chagasic Cardiomyopathy in a Mouse Model. *Journal of Infectious Diseases*, Rio de Janeiro, v. 197, n. 4, p. 544-547, feb. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237267>. Acesso em: 10 jun. 2010.

GUARITA-SOUZA, Luís César et al. Simultaneous Autologous Transplantation of Cocultured Mesenchymal Stem Cells and Skeletal Myoblasts Improves Ventricular Function in a Murine Model of Chagas Disease. *Circulation, Journal of the American Heart Association*, v. 114, n. 1, p. 1 - 120, 2006. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/cgi/content/short/114/1_suppl/I-120. Acesso em: 4 abr. 2010.

JACOB, José Luiz B.; SALIS, Fernando V.; RUIZ, Milton A. Transplante de células-tronco marcadas para o miocárdio de paciente com doença de Chagas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 89, n. 2, p. 10-11, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007001300014&script=sci_arttext. Acesso em: 24 abr. 2010.

KROPF, Maria. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LERI, Annarosa; KAJSTURA, Jan Kajstura; ANVERSA, Piero. Bone Marrow Cells and Cardiac Repair. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 2, p. 71-72, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X006001500001. Acesso em: 24 abr. 2010.

LIMA, Ricardo S.; SOARES, Milena B. P.; SANTOS, Ricardo R. Terapia celular na doença de Chagas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 31, supl., 1. p. 87-92, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842009000700014&lng=en&nrm+isso. Acesso em: 4 fev. 2010.

LUO, Jun; DUONG, Minh; WAN, Calvin. The Immature Heart: The Roles of Bone Marrow Stromal Stem Cells in Growth and Myocardial Repair. *The*

Open Cardiovascular Medicine Journal, v. 1, p. 27-33, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18949088>. Acesso em: 4 fev. 2010.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *Stem Cell Information*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2009. Chapter 9: Can Stem Cells Repair a Damaged Heart? Disponível em: <http://stemcells.nih.gov/info/scireport/chapter9.asp>. Acesso em: 4 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Chagas Disease (American trypanosomiasis). *Fact Sheet*, n. 340, June 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>. Acesso em 10 out. 2010.

_____. *Life Cycle of Trypanosoma cruzi*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, [s.d.]. Disponível em: http://www.who.int/tdr/diseases/chagas/life_cycle_trypanosoma/en/index.html. Acesso em: 27 fev. 2012.

PENDYALA, Lakshmana et al. Cellular Cardiomyoplasty and Cardiac Regeneration. *Current Cardiology Reviews*, n. 4, p. 72-80, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19936280>. Acesso em: 10 mar. 2010.

REY, Luis. *Parasitologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROSENSTRAUCH, Doreen et al. Stem Cell Therapy for Ischemic Heart Failure. *Texas Heart Institute Journal*, v. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1336704>. Acesso em: 6 mar. 2010.

ROSSI, Maria Isabel D.; BOROJEVIC, Radovan. Terapias celulares do miocárdio com células da medula óssea: critérios de qualidade e perspectivas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 31, supl. 1, p. 82-86, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31s1/aop3309.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2010.

SOARES, Milena B. P.; SANTOS, Ricardo R. Terapias com células de medula óssea para cardiopatia chagásica e hepatopatias crônicas: do modelo animal para o paciente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 15-22, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S1413-81232008000100004. Acesso em: 8 mar. 2010.

_____; _____. CARVALHO, Antonio C. Transplante de células da medula óssea no tratamento da cardiopatia chagásica crônica. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 37, n. 6, p 490-495, nov.-dez. 2004a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2010.

_____; _____. Transplanted Bone Marrow Cells Repair Heart Tissue and Reduce Myocarditis in Chronic Chagasic Mice. *American Journal of Pathology*, v. 164, n. 2, Feb. 2004b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004000200010. Acesso em: 5 jun. 2010.

SOUZA, Wanderley. *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap.7: O parasito e sua interação com os hospedeiros, p. 88-126.

TAYLOR, Doris A. et al. Cellular Cardiomyoplasty with Autologous Skeletal Myoblasts for Ischemic Heart Disease and Heart Failure. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, v. 2, n. 5, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC59528/>. Acesso em: 6 out. 2009.

VILLAS-BOAS, Fábio et al. Resultados iniciais do transplante de células da medula óssea para o miocárdio de pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia chagásica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 2, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782x200600014&lng=en&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 out. 2009.

_____ et al. Transplante de células de medula óssea para o miocárdio em paciente com insuficiência cardíaca secundária à doença de Chagas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 82, n. 2, p. 181-184, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v82n2/19250.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.

WEISSBERG, Peter L.; QASIM, Asif. Stem Cell Therapy For Myocardial Repair. *Heart and Education in Heart*, n. 91, p. 696-702, 2005. Disponível em: <http://www.bioheartinc.com/transplantation-edit.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2010.

ZAGO, Marco Antonio; COVAS, Dimas Tadeu. *Células-tronco: a nova fronteira da medicina*. São Paulo: Atheneu, 2006. V. 1.



O ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE CRACK: ESTUDO DA ATENÇÃO EM SAÚDE NA LÓGICA DE REDUÇÃO DE DANOS¹

Carolina Bárbara Duarte Silva de Oliveira²

As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes.

Antonio Nery Filho

INTRODUÇÃO

O crack tem sido um assunto muito divulgado e debatido na mídia e na sociedade de modo geral. As reportagens e os levantamentos de dados estatísticos relativos ao consumo e à distribuição da droga mostram que suas consequências e magnitude nos levam ao questionamento do que tem sido feito pelo poder público.

De certa forma, a própria mídia responde às perguntas: ações de repressão estão sendo exercidas como estratégia no combate ao consumo. Essas ações teriam como finalidade garantir a ordem pública, com base na alegação de que os usuários representariam grande risco à população, pois estariam predispostos a cometer delitos a fim de sustentar o vício.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão (CID-10), o desenvolvimento de dependência química é classificado como

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0023.0.408.000-10.b.

² Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gerência em Serviços de Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Marco Aurélio Soares Jorge (doutor em Saúde Pública), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: carolduarte92@yahoo.com.



transtorno mental. Logo, usuários de substâncias psicoativas são considerados portadores de transtornos mentais, e por isso as ações pautadas na lógica da repressão perdem sua eficácia.

O Ministério da Saúde, em conjunto com algumas outras áreas (assistência social, direitos humanos etc.), financia programas que prestam assistência aos usuários e a suas respectivas famílias. Esses programas foram criados apresentando-se como uma eficiente estratégia para o enfrentamento da situação, pois visam à redução dos possíveis danos ocasionados pelo consumo do *crack*, o tratamento e a inserção do usuário na sociedade, além do suporte familiar.

Assim, o presente trabalho tem por objetivo estudar as estratégias de atenção aos usuários de *crack* na lógica da Política de Redução de Danos e sua importância. Para se conhecer melhor a realidade do trabalho de atenção aos usuários de drogas, buscou-se entrevistar profissionais de saúde que trabalham em serviços especializados.

HISTÓRICO NO MUNDO E NO BRASIL

Na Antiguidade, a maioria dos medicamentos era produzida a partir de diferentes tipos de plantas. O termo *droga* se deve a esse fato e tem sua origem na palavra *drogg*, originária do holandês antigo, que significa “folha seca” (BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga “é qualquer substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI, 2008).

Sabe-se que a utilização de substâncias que provocam alterações no funcionamento do organismo não é um fenômeno recente. Os povos antigos as utilizavam para minimizar dores, em cerimônias e rituais religiosos, para promover a capacidade física e psicológica nos momentos de batalha, para proporcionar bem-estar e até mesmo para matar inimigos ou provocar a própria morte (RIBEIRO, 2009; TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

Nos dias de hoje, a humanidade ainda faz uso de substâncias químicas, não apenas com fins curativos, mas também em busca de algum tipo

de satisfação ou prazer. As drogas que tem algum tipo de efeito psicoativo podem ser lícitas quando comercializadas regularmente, ou ilícitas quando sua circulação no mercado se dá de forma clandestina. Como exemplos podem ser mencionados respectivamente o álcool e o tabaco no primeiro caso, a maconha e a cocaína, no segundo.

Na década de 1980 descobriu-se uma nova forma de consumir a cocaína: o *crack*. Ele é uma maneira de consumo da cocaína e, segundo Domanico (2006), o ato de fumar é uma forma mais eficiente de levar uma droga ao cérebro, fazendo-se necessário uma quantidade menor da mesma para atingir os efeitos obtidos pela injeção ou inalação. Logo, o *crack* se tornou acessível às camadas mais pobres, pois, para produzir efeitos intensos, sua produção necessita de uma pequena quantidade de cocaína, o que acarretou em uma considerável redução do preço.

Pensando a questão do surgimento do *crack* e direcionando-a para o âmbito brasileiro, infelizmente constata-se que poucas são as informações a respeito de como se deu a sua chegada em território nacional.

Segundo Marcus Vinícius Braga, delegado titular da Delegacia de Combate às Drogas (Dcod), até meados de 2003 os traficantes não queriam comercializar o *crack* no Rio de Janeiro por se tratar de uma droga barata e rapidamente viciante, o que conseqüentemente levaria ao crescimento de dívidas entre os usuários e o tráfico, e também à destruição do mercado consumidor, dadas as letais e rápidas conseqüências da droga. Contudo, após uma combinação entre os traficantes de São Paulo e a maior facção criminosa fluminense, a droga passou a ser vendida também no Rio de Janeiro. (FREIRE, 2008; DOMANICO, 2006).

Em 2008, Jairo Werner Júnior, pesquisador e professor da Faculdade de Educação (EDU) da UERJ, já anunciava o perigo iminente do consumo do *crack* nas ruas do Rio de Janeiro. Em maio do mesmo ano, a hipótese do avanço do consumo de *crack* no estado foi confirmada pela polícia através da apreensão de 2.378 pacotes em uma favela do subúrbio. (“Autoridades se reúnem para discutir plano de ação contra o *crack*”, 2009; “Pesquisador alerta para o uso de *crack* por crianças e adolescentes”, 2008).

A disseminação do consumo de *crack* pode ser mais bem compreendida pela menção de alguns determinantes envolvidos nessa questão. Um

deles, como já foi dito, é o fato de as drogas serem consumidas para a obtenção de prazer, descontrações e euforia, ou para aliviar a ansiedade, a mágoa, a dor e a privação (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007). Os usuários, em especial aqueles em situação de rua, encontram-se em um contexto de marginalização e exclusão social; não tem expectativas de vida; há a ansiedade devido à constante possibilidade de repressão policial, entre outros fatores, que os levam a um estado de tensão muito grande. E a droga funciona justamente para amenizar toda essa tensão (TORRES, 2010), pois, de acordo com Antón (apud TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007), o abuso de drogas é um hábito adquirido e aprendido socialmente, e sua continuidade se deve a razões de natureza psicológica ou fisiológica. Ou seja, no caso dos moradores em situação de rua, o contexto ao qual estão submetidos os ensina e estimula a continuidade do vício, primeiramente por razões psicológicas e posteriormente, quando já se encontram em estado de dependência, por razões fisiológicas.

Todavia, deve-se enfatizar que a rua não determina qual o tipo de droga que se busca usar. As pessoas em situação de rua consomem mais o *crack*, pois o acesso a essa droga é mais fácil do que às outras: o *crack* é a droga mais barata.

Entrelaçado a esse fator está o controle repressivo exercido mundialmente sobre os insumos necessários para a fabricação de *crack*. Essa questão deve ser compreendida como fator significativa, pois induz à utilização de diversos tipos de ingredientes, o que barateia ainda mais a produção, acarretando um aumento no número de fabricantes, atraídos pela rentabilidade das vendas. Consequentemente, ocorre aumento da fabricação caseira, ou seja, aumento das fontes distribuidoras (BRASIL, 2009).

Há também o fato de os efeitos do *crack* serem intensos, mas durarem pouco tempo, levando o usuário a consumir a droga diversas vezes ao dia.

Todos esses determinantes constituem a situação em que nos encontramos hoje, chamada pela mídia de “epidemia do *crack*”. Entretanto, essa expressão não pode ser usada para fazer referência à atual situação, pois o termo “epidemia” é entendido como uma doença que se alastra por contágio, o que não é o caso.

O tratamento da questão de maneira superficial está possibilitando e induzindo ao pensamento de que não existe solução para aqueles que por algum motivo se envolveram com essa droga. O que é um equívoco, apesar de a recuperação do usuário ser um processo bastante intenso e difícil. Dessa forma, a sociedade está enraizando uma ideia a respeito das consequências do uso de *crack*, fato que dificulta qualquer proposição de trabalho onde o enfrentamento das consequências negativas desse consumo se dê em conjunto com ações de melhoria da qualidade de vida, de combate ao estigma e da consequente integração do sujeito à sociedade.

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO

A pedra de *crack* é quebrada e pode ser fumada de duas formas: junto com o cigarro de tabaco ou com o de maconha; ou em cachimbos improvisados, o que é mais comum. Apesar disso, esta forma torna o consumo ainda mais prejudicial à saúde, pois, dependendo do material utilizado para a queima das pedras, outros danos podem ser agrupados àqueles resultantes das substâncias tóxicas utilizadas para a fabricação (BRASIL, 2009).

Por exemplo, se o cachimbo improvisado for feito a partir de latinha de alumínio, quando esta é aquecida para promover a queima das pedras, as moléculas de alumínio se soltam e, ao aspirar a fumaça de *crack*, o usuário também está inalando o alumínio. E o excesso desse componente nos rins impede a eliminação de todas as impurezas pela urina, fazendo com que elas permaneçam no organismo (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

Essa situação se agrava ainda mais quando a lata de alumínio é coletada na rua ou no lixo, o que possibilita a contaminação infecciosa. Aliás, como a quantidade de fumaça é maior quando se utilizam latinhas, a intoxicação pulmonar provocada pela droga é muito mais intensa (BRASIL, 2009).

As consequências maléficas do consumo do *crack* são diversas, apresentando-se como um “efeito dominó”. A aspiração de partículas sólidas provoca problemas respiratórios. Além disso, o efeito estimulante da droga provoca perda de apetite, falta de sono e agitação motora. A falta

de apetite pode levar o usuário a desnutrição, desidratação e gastrite. Quando os efeitos da droga diminuem no organismo do usuário, ele sente depressão e sensação de perseguição (BRASIL, 2009).

As consequências físicas podem ser caracterizadas pelas rachaduras nos lábios, provocada pela falta de ingestão de água e diminuição de salivação; pelos cortes e queimaduras nos dedos das mãos, e às vezes no nariz, provocados quando o usuário quebra e queima a pedra (BRASIL, 2009).

Referente às consequências sociais, pode-se dizer que o uso da droga agrava as perdas dos vínculos familiares, escolares e de trabalho, tendo como consequência a marginalidade social. Todavia, esses aspectos não devem ser entendidos somente como consequências; devem ser também considerados como precedentes do uso de *crack*, entre outras drogas.

A exposição do usuário ao risco social e de doenças sexualmente transmissíveis aumenta, uma vez que eles chegam a cometer delitos para adquirir a droga e costumam trocar sexo por drogas ou dinheiro. É importante enfatizar que geralmente o sexo é feito sem a devida proteção.

A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O crescimento do uso prejudicial de substâncias psicoativas trouxe consigo problemas drásticos tanto para os usuários quanto para a sociedade. Frente a esse contexto, no Brasil, adota-se a política do proibicionismo moderado, ou seja, mesmo sendo crime o uso de drogas, este não é passível de pena de prisão. O usuário pode ser punido de outras maneiras, tais como mediante prestação de serviços à comunidade, receber uma advertência, ou ter que comparecer a um programa educacional. Já o tráfico de drogas é crime passível de prisão.

O aumento do número de casos de uso inadequado de drogas e a necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam o fortalecimento da rede de assistência aos usuários resultaram na adoção, por parte do governo, de outra medida que abrangesse a realidade dessas pessoas. Assim, em 2003 o governo brasileiro lançou a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Esta política surgiu em um momento em que se passou a compreender que a dicotomia na área da saúde, ou seja, saúde clínica/saúde coletiva, não traz resultados expressivos e, ao mesmo tempo, não abrange toda a amplitude da questão do uso/abuso de drogas (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a política do Ministério da Saúde se configura por trazer uma estratégia que se caracteriza por enfatizar não somente a abstinência, mas, principalmente, por focar em práticas que pretendam reabilitar os usuários em termos biológicos, psicológicos e sociais, considerando a subjetividade de cada um. Essa política, antes de tudo, age em prol da defesa da vida.

A política institucionalizou os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas como o dispositivo da rede de serviços de saúde – serviços extra-hospitalares – responsável por organizar a assistência prestada (BRASIL, 2003).

Na política do Ministério da Saúde fica clara a compreensão da necessidade de se pensar propostas que atuem de modo integrado e diversificado através de ofertas terapêuticas, preventivas, educativas e promotoras de saúde, e que, por isso, os problemas com o uso indevido de álcool e outras drogas devem ser tratados por diversos setores da sociedade, tais como a saúde, a assistência social, a justiça, a educação, a cultura etc.

A importância do trabalho em conjunto vem da necessidade de uma estratégia que tente suprir as demandas dos usuários de drogas, que recebem o rótulo de criminosos e/ou delinquentes, reforçando a exclusão social sofrida. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) devem funcionar através de estratégias de reabilitação e reinserção social do indivíduo, trabalhando juntamente com a comunidade por meio de ações de informação, prevenção, mudança de crenças e normas individuais, e também a partir da lógica de redução de danos (BRASIL, 2003).

A CONSTRUÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS

As pessoas que sofriam com transtornos mentais decorrentes do consumo indevido de álcool e outras drogas recebiam assistência pública através de internações destinadas à desintoxicação (CRUZ; FERREIRA, 2007).

Os usuários de álcool e outras drogas estavam incluídos no grupo social denominado “alienados”, expressão que se referia àqueles que sofriam de distúrbios mentais (CRUZ; FERREIRA, 2007). Dessa forma, estavam incluídos naquilo que Amarante (2008) denomina lógica do manicômio, ou seja, toda a lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social, cultural e conceitual formulada em torno do conceito de doença mental.

O tratamento fornecido a partir dessa lógica segregava os doentes do restante da sociedade, os submetia a coquetéis de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, a intolerâncias, violências, punições etc., violando os direitos humanos e da dignidade dos sujeitos (AMARANTE, 2008).

A partir do final da década de 1970, diversos atores envolvidos na atenção à saúde mental, impulsionados pelos movimentos de redemocratização, começaram a repensar a assistência oferecida aos doentes mentais, dando início assim ao que veio a ser denominado Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2008).

Ainda segundo Amarante (2008), a participação de profissionais da área da saúde mental, pacientes e familiares, além do crescimento da consistência dos debates e da participação de outros movimentos sociais, resultou na elaboração de uma nova legislação para os portadores de doenças mentais e no entendimento da importância de uma rede de serviços extra-hospitalares e da desconstrução da lógica dos manicômios.

No decorrer do processo, a Reforma Psiquiátrica passou a lutar por mais um objetivo. Os esforços não se restringiam apenas a reformular o modelo assistencial, mas também em introduzir mudanças na sociedade. A introdução do lema “Por uma sociedade sem manicômio” é o reflexo dos avanços proporcionados pelos movimentos da Reforma na sociedade brasileira.

O sistema de atenção previsto pela Reforma Psiquiátrica tem o objetivo de atender pessoas que necessitam de apoio tanto em suas relações mínimas para o cuidado de si quanto em suas relações com os meios social, econômico e político.

Sob essa conjuntura, surge o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, o Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo, que representa a concretização de um serviço disposto a construir-se diferentemente da lógica manicomial.

Além das perspectivas que passaram a vigorar, em 1992 foram estabelecidos e regulamentados os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial, ou seja, consultas ambulatoriais, internações psiquiátricas e atendimentos em serviços de atenção psicossocial. Dessa forma,

(...) os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2004, p. 9)

Os CAPS exercem a função de organizar e atender a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Contudo, eles somente prestam atendimento direto aos casos que apresentam padrão de dependência e/ou grave comprometimento social e familiar. Os demais casos podem e devem ser atendidos pela atenção básica, que conta com o suporte oferecido pelo CAPS ad³ e os demais setores necessários à assistência dos usuários do serviço (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), eles se estabelecem como os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental no território no qual atuam, funcionando como substitutos dos hospitais psiquiátricos e não como complementares dos mesmos.

³ Segundo a portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, CAPS ad é um centro de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.



Conforme a portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), esses serviços são constituídos por cinco modalidades, que se destinam a diferentes grupos de transtornos psíquicos e se estruturam em rede. Eles se diferenciam também pelo porte/complexidade e pela abrangência populacional.

O presente trabalho deter-se-á em descrever somente os CAPS ad por se tratarem de serviços de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Entendendo-os desta forma, eles são de extrema importância para esses usuários, pois possuem estrutura para acolhê-los, tratar deles e reinseri-los na sociedade.

Assim como nos outros centros, nos CAPS ad a assistência prestada é composta de atividades como atendimento individual, em grupos e em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares, que incluem também os familiares; e atividades comunitárias. Estas atividades têm por objetivo integrar a pessoa – no caso, o dependente químico – à comunidade e reinseri-lo familiar e socialmente. Refeições também são oferecidas, conforme o tempo de permanência no local.

Em relação à estrutura, os CAPS ad dispõem de espaços para o atendimento terapêutico individual ou coletivo e leitos de repouso. Estes últimos são destinados a situações de crise ou tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Além de toda essa organização e estrutura, os CAPS ad trabalham com a perspectiva da redução de danos.

A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

A partir da década de 1960, jovens e estudantes dos Países Baixos estavam inseridos em um processo de questionamento e busca por mudanças nos âmbitos social e cultural, o que despertava neles a vontade de ter experiências novas, que muitas vezes eram consideradas moralmente ruins pela ordem e pelos valores da época. Entre essas experiências estava o uso de drogas, que se caracterizava por um tipo de resistência e de questionamento a esses valores (MARLATT, 1999a).

O consumo de drogas por uma parcela cada vez maior da população holandesa fez com que aumentassem os casos de problemas decorrentes do seu uso indevido, tais como a AIDS e a hepatite. Em resposta a essa demanda, ainda na década de 1970 as autoridades implantaram uma política repressiva, sob a qual impunham sentenças severas para quem fosse flagrado em posse de drogas ilícitas. Em paralelo a isso, crescia um movimento de tratamento que se baseava no alcance da abstinência dos usuários de drogas (MARLATT, 1999a).

Segundo Marlatt (1999a), em 1980 foi fundada uma espécie de sindicato para usuários de drogas pesadas, chamado *Junkiebond*.⁴ Foi com a implantação desse espaço que surgiram as primeiras ideias que ajudaram a formular o que é atualmente a Política de Redução de Danos. A partir desse momento, começou-se a pensar que o mais relevante seria combater a deterioração dos usuários, e não somente lutar para eliminar o hábito de usar drogas.

Referente a isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) diz que existem casos em que o usuário não consegue ou não quer abster-se, e o melhor a se fazer nessas situações é tentar melhorar as condições de vida do dependente, de maneira que a necessidade química não domine sua vida. Ou seja, tentar estruturar estratégias que possibilitem aos usuários desfrutar de uma vida onde este consiga trabalhar, estudar, manter vínculos pessoais, enfim, que lhe garanta o direito à vida e à inserção social.

Segundo Marlatt (1999b), a filosofia de redução de danos é fundamentada por cinco princípios e valores. Estes estão totalmente entrelaçados e determinam as formas de pensar e agir relacionadas ao indivíduo usuário de drogas.

⁴ O Amsterdam *Junkiebond* era um grupo de defesa de usuários de drogas que começou a trocar agulhas e seringas dos usuários com objetivo de evitar a disseminação de doenças como hepatite B e AIDS.

O valor que determina as formas de ação

O ato de consumir substâncias psicotrópicas é um comportamento inerente à espécie humana em toda a história. Diante disso, a lógica da redução de danos entende e aceita o ato de consumir essas substâncias.

Nessa perspectiva, a lógica se estabelece através de perguntas como: “Até que ponto as consequências dos comportamentos desses indivíduos são prejudiciais ou favoráveis a eles e para aqueles que estão a sua volta?” ou “O que pode ser feito para reduzir os danos e os sofrimentos tanto do indivíduo usuário quanto da sociedade na qual está inserido?”.

A lógica de redução de danos não entra em questões que objetivam classificar o uso de drogas em certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável. Pelo contrário, ela evita esses rótulos e tenta agir a partir da realidade tal como esta se apresenta. Portanto, pode-se dizer que essa estratégia está baseada em princípios do pragmatismo, o qual pode ser assim entendido:

Afasta-se da abstração e da insuficiência, das soluções verbais, de motivos *a priori* ruins, de princípios fixos, de sistemas fechados e pretensos absolutos e origens. O pragmatismo está disposto a aceitar tudo, a seguir a lógica ou os sentidos e a incluir as experiências mais humildes e mais pessoais. Ele irá incluir experiências místicas se elas tiverem consequências práticas. Seus modos são tão variados e flexíveis, seus recursos tão ricos e intermináveis e suas conclusões tão amistosas quanto as da mãe natureza. (JAMES apud MARLATT, 1999b, p. 51)

É exatamente dessa maneira que a redução de danos se coloca como uma estratégia de enfrentamento, se disponibilizando a agir através de questões cotidianas e das práticas reais.

Da forma como se apresenta, a estratégia de redução de danos é confundida como sendo conivente, ou até mesmo a entendem como ações que promovem comportamentos de risco, por exemplo, o uso de drogas injetáveis. A aceitação de comportamentos potencialmente prejudiciais como um acontecimento real não significa ser conivente com os mesmos ou promover sua prática; significa de fato trabalhar com a realidade na

perspectiva de reduzir os danos aos usuários. E, além disso, a redução de danos não surgiu com a pretensão de legalizar o uso de drogas.

Nesse sentido, ela surge como uma nova possibilidade de cuidado, desviando-se dos modelos moral/criminal e de doença biológica/genética, já impregnados à sociedade.

A redução de danos como uma “alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença biológica/genética do uso e da dependência de drogas”

Ao falar sobre drogas, dois discursos são amplamente defendidos e aceitos na sociedade. Existe o discurso moral/criminal, que entende o uso e/ou a distribuição de certas drogas como um crime, que por isso é passível de punição. Por este discurso, o usuário ou qualquer pessoa que facilite o consumo é considerado um criminoso. Dessa maneira, o indivíduo que tem por hábito o uso de drogas ilícitas recebe o rótulo de moralmente incorreto.

Outro discurso que também recebe grande credibilidade por parte da sociedade é aquele que entende o usuário como um portador de doença biológica/genética, necessitando assim de tratamento e reabilitação.

É importante ressaltar que, apesar das diferenças, as estratégias desenvolvidas para o processo de tratamento têm por objetivo a eliminação do consumo de substâncias psicotrópicas.

A estratégia adotada pelo modelo moral/criminal é a política de repressão às drogas. Essa política se caracteriza por promover programas de intervenção no suprimento de drogas no mundo, e desenvolve mecanismos para aprisionar traficantes e usuários. Isso acontece na tentativa de reduzir tanto a oferta quanto a demanda de drogas.

A solução encontrada para a questão das drogas por parte daqueles que consideram a dependência uma patologia é a realização de programas de tratamento e prevenção, os quais procuram remediar o desejo ou a necessidade (no caso dos já dependentes) da droga, tratando a dependência como uma doença incurável.

Como sugere Marlatt (1999b), a redução de danos surge então como uma alternativa a esses dois modelos. O seu olhar não se restringe



ao ato de consumir drogas, e sim se volta para as consequências e os comportamentos advindos do uso de forma indevida.

A partir da concepção de que o uso de substâncias psicoativas é um hábito inerente à espécie humana, a redução de danos tenta acolher aqueles que o praticam sem restrição ou discriminação. Sendo assim, ela se torna uma abordagem mais flexível, realista e dinâmica.

Os comportamentos adquiridos a partir do uso abusivo de drogas são classificados pela redução de danos como favoráveis ou prejudiciais aos usuários e à sociedade. Os que são considerados prejudiciais recebem uma ampla variedade de estratégias e procedimentos que têm por objetivo reduzir suas consequências, trabalhando dessa maneira com uma perspectiva mais realista, focada na prevenção do uso abusivo. Essa política procura envolver o público-alvo a partir de suas características e especificidades, buscando informações que possibilitem a abordagem da redução de danos.

Para que esta estratégia dê resultados positivos e relevantes, as formas de abordagem devem estar adequadas ao contexto e às condições nas quais se encontra o público-alvo. Nessa lógica, pode-se ressaltar outro princípio que norteia as ações desenvolvidas pela redução de danos.

A redução de danos como promoção de alternativas para as abordagens tradicionais

Esse outro princípio determina que as ações desenvolvidas pela redução de danos não devem ser pautadas em grandes exigências, uma vez que, ao listar a abstinência como pré-requisito para o dependente receber tratamento ou qualquer outro tipo de assistência, conseqüentemente se estabelece um grande obstáculo ao alcance e ao envolvimento do mesmo.

A redução de danos tenta retirar ou diminuir os obstáculos impostos pela abordagem tradicional, promovendo ações que não exigem muito do usuário. Essas ações consistem em não rotular nem estigmatizar o usuário, oferecendo parcerias e cooperação com relações amigáveis entre ele e os profissionais de saúde. E, como menciona um dos princípios, as abordagens aceitam diversas formas de reduzir os danos, até mesmo as sugeridas pelos usuários, compreendendo que devem ser estratégias que o

encaminhem à promoção de saúde. “Ao adotar uma resposta abrangente de promoção da saúde aos problemas de estilo de vida, (...) a redução de danos pode oferecer um caminho atraente e acessível que acolha qualquer pessoa que deseje ‘vir da forma como é’” (MARLATT, 1999b, p. 51).

Seguindo essa linha de raciocínio, surge na definição do conceito de redução de danos, outro princípio, que não se restringe a uma única alternativa para o processo de tratamento do uso de substâncias psicotrópicas.

A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos

A redução de danos, como filosofia de tratamento, entende que a abstinência é o melhor e ideal estado para os indivíduos. Todavia, sabemos que historicamente não é isso que acontece. Todos os indivíduos passam por momentos na vida onde se deparam com as drogas, e alguns deles acabam optando por experimentar ou fazer uso mais frequente.

O estigma presente na sociedade é de que todos aqueles que experimentam qualquer tipo de droga tornam-se imediatamente dependentes, o que ignora totalmente as histórias de uso construídas social e historicamente, as quais permitiam o controle dos riscos. Esse pensamento provoca a aceitação da abstinência como única forma de tratamento.

A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento espalhados pelo mundo é a abstinência vitalícia, funcionando quase sempre como pré-requisito para iniciá-lo. A maioria dos programas de tratamento se recusa a incluir pacientes que ainda estejam usando drogas. Essa exigência, já mencionada, torna-se um obstáculo para aqueles que procuram ajuda, mas não querem ou não conseguem interromper o uso de substâncias psicotrópicas.

A redução de danos se caracteriza por uma revolução no tratamento dos usuários de drogas, pois não generaliza os tipos de usuários e compreende que, para chegar ao estado de abstinência, existem vários níveis de superação. A abordagem de redução gradual estimula os indivíduos com comportamentos excessivos ou de alto risco a “dar um passo de cada vez” para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. A abstinência é entendida como uma das metas, não como a única.

(...) se uma pessoa está se injetando heroína obtida nas ruas, de potência desconhecida, a redução de danos consideraria um avanço se o dependente tivesse prescrição de heroína legal e segura. Seria uma vantagem adicional se ele parasse de compartilhar seringas. Um avanço adicional se ele se inscrevesse em um programa de troca de seringas. Um avanço muito maior se ele passasse a usar drogas orais e fumáveis. Um avanço adicional, na redução de danos, se ele começasse a usar preservativos e praticasse sexo seguro. Outro avanço, se ele aproveitasse os serviços gerais de saúde disponíveis para dependentes. Uma vitória maravilhosa, se ele abandonasse as drogas, embora a vitória não seja uma exigência. (PARRY apud MARLATT, 1999a, p. 36)

Além do acolhimento, essa proposta trabalha com a educação, sendo compreendida como outra forma de prevenção e redução dos riscos. Todavia, a redução de danos a realiza de maneira diferente daquela utilizada pelos programas de prevenção para a abstinência. Nessa perspectiva, os sujeitos são conscientizados em relação ao uso que realizam, tornando-se sujeitos determinantes de suas ações.

A partir dessa lógica, pode-se reconhecer a estratégia de redução de danos como uma estratégia que abrange a realidade tal como ela se apresenta, enxergando o usuário não como um imoral ou criminoso, agindo de forma a prevenir o uso prejudicial, e até mesmo a inserção no mundo das drogas. Por outro lado, se constituindo também como uma estratégia de cuidado e acolhimento àqueles que, por alguma razão, requerem ajuda.

Todos esses princípios que foram explanados se tornam possíveis, segundo Marlatt (1999b), somente pelo fato de a estratégia de redução de danos ter como seus promotores os próprios usuários de drogas e pessoas que estão diretamente inseridas nesse contexto. Dessa maneira, temos outro princípio, que a define como uma forma de cuidado que parte da “realidade para a realidade”.

A redução de danos surge como estratégia de cuidado vinda de “baixo para cima”

Os projetos de aplicação da redução de danos são sugeridos e desenvolvidos por usuários de drogas e/ou pessoas que estão diretamente envolvidas com a atenção dos mesmos. Muitos desses projetos surgiram a partir de intervenções de saúde pública, com base comunitária, que apoiam usuários de substâncias psicotrópicas e suas comunidades em prol da redução de danos.

Diferentemente das outras abordagens, que em sua maioria são pensadas por atores que não estão inseridos no contexto dos usuários de drogas, não conhecem suas condições e sua realidade, a redução de danos intervém a partir da realidade tal como ela se apresenta, buscando nela a minimização dos perigos advindos de comportamentos de alto risco.

Em outras estratégias, o usuário se caracteriza por ser um indivíduo criminoso e/ou doente, precisando urgentemente se livrar das drogas. Por outro lado, as ideias que surgem do meio de quem vivencia ou acompanha o uso indevido de drogas tendem a ser mais eficientes, uma vez que conseguem atingir àqueles que precisam de algum tipo de ajuda.

IMPLANTAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

Apesar de não se constituírem como maneiras idealizadas pela sociedade, essas propostas funcionam, muitas vezes com certo nível de eficácia. Mas vale ressaltar que as ideias sugeridas, antes de serem implantadas, são discutidas para a avaliação de sua validade ou eficácia, quando há recursos para tal (MARLATT, 1999b).

No mundo, existem diversos exemplos da implantação da estratégia de redução de danos como, por exemplo, a Holanda, onde as ações foram mais desenvolvidas, e em outros países europeus, tais como Suíça, Alemanha e Reino Unido. É de grande relevância ressaltar que, nos diferentes locais em que a redução de danos é implantada, não há uma única fórmula de aplicação.

No Brasil também há a implantação da redução de danos. Ela se iniciou a partir da preocupação crescente com a transmissão do vírus HIV e da hepatite entre os usuários de drogas injetáveis (UDI).

A experiência de redução de danos entre UDIs e seus resultados eficazes, tais como diminuição da transmissão do vírus HIV e da hepatite, o descarte adequado de seringas, o ingresso de UDIs em diversos tipos de tratamento de saúde e a participação desses usuários na criação de estratégias de intervenção na saúde possibilitaram a ampliação das ações de redução de danos para usuários de outras drogas. Assim, a estratégia de redução de danos toma proporções de uma política de promoção e proteção à saúde (BRASIL, 2003).

A partir do aumento do consumo de crack no Brasil, as estratégias de redução de danos se voltaram também para esses usuários. Em Salvador, por exemplo, foi desenvolvida uma atividade de apresentação de filmes que objetivava a conscientização da população usuária e a reflexão sobre o uso da droga e os comportamentos de riscos advindos de tal prática. Através dessa atividade, algumas pesquisas foram iniciadas buscando o conhecimento a respeito de comportamentos e do perfil psicossocial dessa população (DOMANICO; MACRAE, 2006).

A crescente aproximação com os usuários e o conhecimento de suas práticas e dificuldades revelaram que problemas respiratórios eram os mais comuns. A partir dessa informação, na região de Santos pensou-se em colocar filtros semelhantes aos coadores de café nos cachimbos, o que resultaria na não ingestão de partículas sólidas da pedra de crack. Todavia, a dificuldade de fixação do filtro levou à desistência dessa estratégia (DOMANICO; MACRAE, 2006).

A busca por intervenções continuou, e em Juiz de Fora surgiu a ideia de usar cachimbos individuais. Essa prática evitaria a transmissão de tuberculose, herpes e HIV. Algumas adaptações foram realizadas para que este cachimbo se adequasse ao “gosto dos usuários” até chegar a um cachimbo padrão (DOMANICO; MACRAE, 2006).

O uso do cachimbo padrão só foi aceito entre usuários de Juiz de Fora. Em outras regiões, o cachimbo padrão não se adequava plenamente ao contexto dos usuários, uma vez que existem inúmeras especificidades socioculturais (DOMANICO; MACRAE, 2006).

Segundo Domanico e MacRae (2006), dentre os projetos de redução de danos, o que na época mais se destacava era o “Sexta, Sábado e Domingo pedem cachimbo”, criado em 2002 e financiado pelo Ministério da Saúde. Esse projeto foi pensado com o objetivo de reduzir os danos à saúde associados ao uso de *crack*, com ênfase na prevenção das DST/AIDS na região central de São Paulo.

Nesse projeto, eram distribuídos cachimbos de madeira apropriados para o uso de *crack*, protetores labiais e preservativos. Além disso, nas intervenções diretas com usuários, a equipe do projeto procurava inseri-los em atividades realizadas no Centro de Convivência “É de Lei”, que desenvolvia o projeto. Como alguns usuários apresentavam dificuldades de locomoção até esse dispositivo, a equipe montou uma unidade móvel que se encaminhava até eles, levando essas atividades, e segundo Domanico e MacRae (2006), tentavam dessa forma despertar aos poucos o resgate da cidadania e da dignidade desses usuários.

Essas são algumas das muitas estratégias desenvolvidas a partir da redução de danos enfocando a assistência e o acolhimento de usuários de *crack*. Em seguida, serão apresentadas as estratégias que foram pensadas e são implantadas por um dispositivo CAPS ad em específico, o CAPS ad Alameda.

ENTREVISTAS, DESCRIÇÃO E COMENTÁRIOS

A elaboração deste trabalho científico constituiu-se de pesquisa bibliográfica e de pesquisa de campo. A pesquisa de campo pode ser dividida em dois momentos: a observação da rotina do CAPS ad e as entrevistas. As observações foram de caráter não participativo, feitas a partir das visitas ao campo de pesquisa. O campo de pesquisa escolhido foi um dispositivo CAPS ad, localizado no município de Niterói, selecionado devido à facilidade e a disponibilidade encontrada neste local para a realização da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas com quatro profissionais envolvidos com a coordenação do CAPS ad e com o atendimento direto aos usuários de *crack*. Esses profissionais serão aqui identificados por entrevistado A,

entrevistado B, entrevistado C e entrevistado D. As entrevistas tiveram um roteiro semiestruturado, que abordava questões relativas ao CAPS ad e à atenção ao usuário. Todas elas foram gravadas e os dados coletados, redigidos e submetidos a uma análise.

Durante o trabalho de campo foi possível participar de uma reunião de supervisão técnica. Estavam presentes os profissionais do CAPS ad Alameda e outros que participam no acompanhamento do caso em questão, mas que atuam em outros serviços.

Na supervisão de caso são debatidas, entre todos os profissionais presentes, as experiências relacionadas com o usuário, e são discutidas estratégias para o bom andamento da assistência.

Aspectos do diagnóstico são relacionados com aspectos sociais, e desta forma é considerada por todos a busca por soluções viáveis. A presença de profissionais de diversas áreas contribui de forma a inserir o usuário em um processo de tratamento em que este possa ser acolhido de maneira abrangente.

As ações de intervenção específicas são pensadas para minimizar as consequências negativas do uso indevido de drogas. A integração com os familiares e com os diversos setores da comunidade são realizadas objetivando tal coisa. Além desses procedimentos, a assistência também é pensada a partir de experiências bem-sucedidas em outros casos, na expectativa de alcançar alternativas viáveis para o usuário em questão.

Por meio dessa observação, percebeu-se o quanto o trabalho inter-setorial é fundamental para o acolhimento integral do indivíduo.

Ao analisar o conteúdo das entrevistas, pode-se descrever e entender como são construídos os projetos voltados aos usuários de crack e que atuam em ambiente externo ao CAPS ad.

ESTRATÉGIAS DIRIGIDAS EM AMBIENTES EXTERNOS AO CAPS AD

Inicialmente, o entrevistado C apresentou o contexto no qual a cidade de Niterói se encontra, relativo à organização da assistência a usuários de álcool e outras drogas.

Hoje no CAPS tem a assistência, mas existem outros vários programas, várias maneiras para responder à demanda. O CAPS tem que ser porta de entrada, tem que facilitar o acesso das pessoas. Realiza o papel de ativamente buscar a demanda nos territórios.⁵

Na busca ativa pela demanda de usuários de crack, percebeu-se que, de maneira geral, os casos que chegavam ao CAPS ad já se encontravam bastante debilitados clínica e socialmente. Nessa perspectiva, foram pensadas estratégias que atuassem de forma a alcançar essa demanda antes de sua chegada ao dispositivo. Assim, foram criados o Projeto de Redução de Danos e o Consultório de Rua.

Quando os entrevistados B e C foram questionados a respeito da diferença entre esses programas, eles responderam que, apesar de os dois se reportarem ao CAPS ad, o Consultório de Rua tem um olhar mais direcionado para prestar assistência a crianças, adolescentes e jovens/adultos (até 29 anos) moradores em situação de rua; enquanto o Projeto Redução de Danos atua em determinada comunidade, trabalhando para ampliar a assistência oferecida ao território.

A equipe envolvida no Consultório de Rua é constituída por um médico, um técnico de enfermagem, um psicólogo, os redutores de danos e a coordenação. Já o Projeto Redução de Danos é constituído apenas por redutores de danos.

O Consultório é para ser um serviço na rua, no horário em que as pessoas precisarem. Eles estão ali, mais próximos dos usuários, para caso precisem de alguma ajuda, atendimento. Tem o papel também de ficar buscando os usuários, que, por serem em sua maioria moradores de rua, um dia estão aqui, outro dia estão em outro local.⁶

O entrevistado B foi instigado a relatar como se organiza a atuação do Projeto de Redução de Danos. Ele respondeu que, primeiramente, o trabalho se inicia com o mapeamento do território, com o objetivo de identificar quem são os usuários e onde eles se localizam. Após esse primeiro momento, o segundo passo é chegar nesses usuários, o que é realizado

⁵ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado C.

⁶ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistados B e C.

com o trabalho intersetorial entre o Projeto e, por exemplo, o Programa Médico de Família (PMF), as igrejas, as lideranças da comunidade, a associação de moradores, as ONGs, o comércio etc.

Eles facilitam a entrada. Tudo se facilita por conta das parcerias. E para isso existe a construção de vínculos com os usuários e os moradores. As ONGs e as lideranças ajudam na conscientização da importância da presença da saúde. Existe também a questão do tráfico. Mas os traficantes reconhecem a presença da redução de danos avaliando que, em alguns casos, os usuários passam dos limites, prejudicando a comunidade, e precisando assim de uma intervenção.⁷

O entrevistado B foi questionado a respeito da maneira como são realizadas as abordagens aos usuários, respondendo que a equipe apresenta o Projeto Redução de Danos como uma estratégia do Ministério da Saúde, e que os profissionais estão na comunidade para fornecer qualquer tipo de ajuda na área da saúde.

Os profissionais não chegam ao usuário falando diretamente da questão do *crack*, eles primeiro veem a promoção da saúde. Quando chegam falando que têm um tratamento para ele parar de usar a droga, o cara não te ouve. Eles reagem de forma diferente quando os profissionais chegam com a história de que são da saúde, do Projeto Redução de Danos, que estão ali para quando ele precisar de algum encaminhamento médico.⁸

Percebe-se que é através de outros vieses que não o da droga que os redutores se apresentam. É a partir daí, depois de alcançar o usuário, os profissionais iniciam a conscientização a respeito do uso prejudicial.

As rachaduras labiais e nos dedos são uma porta de entrada no momento da abordagem ao usuário.⁹

E o entrevistado C acrescenta que a adesão ao tratamento muitas vezes não é fácil.

⁷ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado B.

⁸ Idem.

⁹ Idem.

Mas não se pode obrigar a pessoa a fazer o tratamento. Muitas vezes, o PMF identifica que o caso é gravíssimo, mas não podemos obrigar. Temos que construir com a pessoa a demanda para o tratamento; conscientizá-la sobre o uso prejudicial que ela está fazendo.¹⁰

É interessante destacar que ex-usuários e usuários de drogas atuam no Projeto Redução de Danos e que esse fato facilita a efetivação das abordagens. Isso porque esses profissionais conhecem a realidade e as condições de quem faz uso de droga.

Eles falam sobre histórias, compartilham experiências. Os outros profissionais aprendem muito com eles.¹¹

O entrevistado B continuou apresentando o trabalho do Projeto Redução de Danos e relatou que existe o grupo de acolhimento, no qual se discute com os usuários, que nesse momento já aceitaram a assistência, as estratégias de intervenção.

Cada estratégia vai depender do indivíduo e de suas especificidades. Os usuários que propõem as estratégias para os redutores. Na realização do grupo de acolhimento cada um tira proveito de alguma coisa.¹²

O entrevistado continuou, dizendo que nesse grupo de acolhimento as questões de prevenção à saúde são também discutidas, por exemplo, tentando esclarecer aos usuários que eles não devem fazer o uso compartilhado dos insumos e não devem utilizar material contaminado, a fim de evitar doenças.

Nos grupos de acolhimento eles começam a perceber o que antes passava sem ser notado, e assim entendem que o uso indevido acaba prejudicando mais a saúde. Tem gente que nunca procuraria um tratamento de saúde, mas esse pensamento muda a partir do momento que ele entende que pode prolongar sua vida se ele usar a droga de forma adequada.¹³

¹⁰ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado C.

¹¹ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado B.

¹² Idem.

¹³ Idem.

Nota-se neste relato a demonstração de um dos princípios da Política de Redução de Danos: a de ser uma alternativa de tratamento que tem seu objetivo na promoção da saúde e não somente na abstinência. Em outro momento o entrevistado enfatiza isso:

Eles falam muito assim: “Quem experimenta crack não tem volta e perde o prazer de experimentar outras drogas!” Uma das estratégias de redução de danos é fazê-los entender que se usarem outro tipo de droga, eles já estão reduzindo.¹⁴

O entrevistado B contou também que, além do grupo de acolhimento, existe o acolhimento individual, o qual se realiza somente quando há a solicitação por parte do usuário.

O que o usuário está precisando, ele não precisa colocar no grupo. Vai acontecer um momento em que será discutido esse caso individualmente. Às vezes, a equipe sente a necessidade do apoio do CAPS ad, quando ou o usuário solicita o encaminhamento pra lá, ou a equipe o faz, mas com a permissão dele.¹⁵

E, além das atividades de acolhimento, o entrevistado B acrescentou que a equipe realiza outra atividade mais específica, que consiste em disseminar informações sobre algum caso grave que porventura está acontecendo na comunidade, mas realizando a conscientização de modo abrangente.

O entrevistado B foi perguntado a respeito da relação entre os profissionais da equipe e os usuários de drogas. Ele relatou que, nos primeiros momentos, existe uma resistência por parte de alguns usuários em relação à presença dos redutores, mas outros são indiferentes a isso. Mas ao longo do processo de trabalho, o usuário vai entendendo e reconhecendo a importância desse contato. E quando os profissionais conseguem a confiança dos usuários, muitas das vezes eles buscam a ajuda.

O usuário chega e fala sobre o seu estado clínico, e a equipe propõe o encaminhamento. Eles reconhecem que precisam de ajuda e que os redutores, como profissionais, estão ali para apoiar, acolher e ajudar no serviço de assistência.¹⁶

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

Assim como no CAPS ad, o entrevistado B explicou que os usuários chegam até a equipe por desejo próprio e também através de pessoas da comunidade, de familiares e do PMF, que identificam o caso e comunicam à equipe, para que esta possa iniciar o acompanhamento.

O entrevistado B enfatizou que existem alguns casos em que a internação para a desintoxicação é necessária, mesmo trabalhando-se com a redução de danos.

Alguns usuários percebem que estão fazendo um uso bastante prejudicial e preferem a internação para a desintoxicação, dar um tempo clinicamente, emocionalmente, para depois pensar e retornar o uso. Pode ser que alguns voltem a fazer esse uso, mas outros fazem um uso consciente.¹⁷

O entrevistado C complementou dizendo que, na enfermaria para usuários de álcool e outras drogas do Hospital Psiquiátrico em Niterói, há um grupo de redução de danos. Essa necessidade se apresentou visto que os usuários de *crack* só se tratavam durante o período em que estavam internados, voltando a consumir o *crack* no dia seguinte após a alta. Esse grupo de redução de danos tenta constituir um vínculo com esses usuários no período em que eles interrompem, mesmo que por um momento, o uso da droga.

A questão do *crack* é recente, e o perfil dos usuários é de adolescentes e jovens de até 29 anos, moradores em estado de rua em sua maioria. O entrevistado C explica que o diagnóstico de dependência química em crianças e adolescentes é mais difícil, pois o uso que fazem pode ser momentâneo/eventual, o que não significa que irão desenvolver dependência.

O entrevistado C explica que os usuários de *crack* não são tão numerosos, mas são muito mais graves. Isso não se deve unicamente pela química da droga, mas principalmente pelas situações de risco em que se envolvem e, além, por já estarem inseridos em um contexto que não os favorece.

Mas o uso do *crack*, principalmente entre os jovens, tem sido muito grave, por colocá-los em situações de violência e de risco. Não é por causa da crise. É muito grave por causa do contexto, das questões sociais. É muito grave porque eles passam a estar em um am-

¹⁷ Idem.

biente de violência muito grande e, geralmente, são jovens que vêm de famílias muito difíceis e que tem um histórico muito difícil. Muitos dos jovens atendidos não têm família, foram criados em instituições, em abrigos, nasceram e viveram nas ruas, os pais já morreram, são histórias bastante difíceis.¹⁸

Após essa explicação, o entrevistado C retoma a questão da adesão ao tratamento: os motivos pelos quais os usuários de *crack* não estão chegando ao CAPS ad. E diferentemente do entrevistado A, ele responde que esses usuários tem chegado ao CAPS ad.

Os usuários de *crack* até chegam à recepção, mas isso não quer dizer que ele vai aderir ao tratamento, que ele consiga voltar no dia seguinte e dar continuidade ao tratamento. Então, acompanha-se o usuário através do PMF, por exemplo. O serviço acompanha o usuário de *crack* de várias maneiras, mas é muito difícil que eles cheguem a um tratamento “formal”, um tratamento mais “padrão”. Isso leva muito tempo. O CAPS tem mais de 2.000 cadastros, uns 300 frequentam e somente 17 eram usuários de *crack*.¹⁹

A respeito das atividades desenvolvidas pelos redutores de danos, o entrevistado B respondeu que a função dos redutores é voltada para a conscientização dos usuários, e que as estratégias para a concretização dessa função devem ser pensadas de forma a envolvê-los, possibilitando a aproximação entre eles por alguma atividade do cotidiano, como o bate-papo, ou por algo que os motive a participar do grupo, ao mesmo tempo em que aprendem maneiras de lidar com a sua realidade.

Em relação a possíveis estratégias de enfrentamento da situação, o entrevistado C relata que os usuários consomem outros tipos de drogas que amenizam os efeitos indesejáveis do *crack*.

Eles usam o *thinner*, que deteriora muito o sistema nervoso. Em termos de substância, ele é menos danoso que o *crack*. O usuário consome por anos e não percebe seus danos, mas o *crack* não. Eles compram e ficam usando durante o dia. Só que o *thinner* não coloca o cara em situações de tanto risco de violência quanto o *crack*, por exemplo, dívidas com o tráfico. Já está associado o uso de *thinner* e “cola de sapateiro” com meninos de rua, o que já acontece

¹⁸ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado C.

¹⁹ Idem.

há uns 20 anos e não trouxe tantos problemas quanto o crack. As meninas que o Consultório de Rua atende usam menos o crack, elas usam “usirer”,²⁰ que é o crack junto com a maconha, uma droga atenua o efeito da outra.²¹

Percebe-se que as questões clínicas são colocadas em segundo plano por conta da gravidade das questões sociais nas quais os usuários são envolvidos.

O entrevistado B enfatiza que o trabalho realizado não pode ser desviado para atender a outras necessidades dos usuários, e que devido a isso a integração com outros segmentos da sociedade é tão essencial.

O objetivo é conscientizar sobre o uso prejudicial. Não pode desfocar para outros serviços como a assistência social. Por isso também que existem as parcerias. O Creas [Centro de Referência Especializado em Assistência Social], por exemplo, que a gente acaba encaminhando. Mas lembrando sempre que o nosso trabalho não é cuidar da assistência social e sim trabalhar a droga.²²

Em seu relato, o entrevistado B citou alguns setores com os quais se estabelece essa articulação, tais como a policlínica, algumas escolas para a inserção dos usuários ou para a realização de palestras.

A redução de danos é muito crua ainda. Aos poucos está crescendo. Mas existe o “espaço aberto”, onde toda a população pode participar. Um profissional da saúde é escolhido para apresentar uma palestra de um tema previamente selecionado. Esse espaço é utilizado para disseminar as ideias da redução de danos.²³

Ao final das perguntas, os entrevistados foram questionados a respeito da participação da família no processo de tratamento dos usuários de crack. O entrevistado A respondeu que já atendeu algum desses usuários acompanhados pela família.

Essas famílias estavam no limite, mas dando a última oportunidade. O que a família falava era o pedido de ajuda. Ainda que minimamente, há a aproximação da família.²⁴

²⁰ O termo “usirer” é uma corruptela da palavra francesa *desire*, que significa desejo.

²¹ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado C.

²² Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado B.

²³ Idem.

²⁴ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado A.

O entrevistado C respondeu que os usuários de crack, em sua maioria, não têm familiares e são moradores em estado de rua. Assim, a conexão com a família é muito difícil, e a participação da mesma é quase inexistente.

Primeiro, porque a gente não sabe nem o nome verdadeiro deles; eles costumam dar outros nomes. E eles não mantêm contato com a família, na maioria dos casos. Existem também as famílias que a gente não consegue contato, ou que estão esgotadas. A família já está tão saturada que quando chega ao atendimento ela diz “agora cuida”.²⁵

E, por fim, todos os entrevistados foram instigados a relatar as dificuldades encontradas na realização do trabalho, e foram mencionadas as relações precárias de trabalho, a falta de insumos para a ampliação do serviço, as recaídas, a dificuldade de adesão ao tratamento e a capacitação da equipe para o enfrentamento das questões de álcool e outras drogas numa perspectiva de redução de danos.

Quando o paciente começa a se vincular, quando se começa a construir um trabalho, aí o profissional sai, ou é demitido, ou diminui o salário. Todas essas coisas que acontecem tornam o trabalho muito difícil.²⁶

Existe a estratégia de usar o cachimbo, mas os recursos ainda não chegaram. Há falta de recursos, a verba é específica, não vem do CAPS.²⁷

Alguns não entendem que não se deve compartilhar os insumos e tudo depende da vontade do usuário.²⁸

Com a pesquisa de campo, foi possível compreender que a gravidade do consumo de crack se estrutura muito além do uso direto da droga. Ela é consequência do contexto social no qual os usuários estão inseridos, o que inclui os aspectos das desigualdades sociais, da violência dos grandes centros urbanos e do poder público pouco atuante nas áreas da educação, da saúde e da assistência social.

²⁵ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistado C.

²⁶ Idem.

²⁷ Entrevista realizada em novembro de 2010 com profissionais do CAPS ad – Entrevistada B.

²⁸ Idem.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, em alguns países existem programas que agem com objetivo de conscientizar a população sobre o uso prejudicial de drogas, de maneira que essa necessidade não domine a vida dos usuários, possibilitando-os trabalhar, estudar, manter seus vínculos pessoais, enfim, ter uma vida produtiva. Vimos também que aqui no Brasil não é diferente. Nem mesmo com o uso do *crack*, que é uma questão recente.

É nesse sentido que a política do Ministério da Saúde se fundamenta para o enfrentamento das questões referentes ao uso de *crack* e outras drogas. Essa política procura envolver o público-alvo a partir de suas características e especificidades, buscando informações que possibilitam a abordagem da redução de danos.

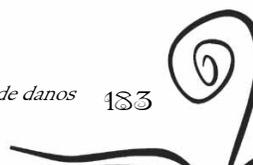
Foi possível compreender também, mesmo que de forma superficial, o contexto e as especificidades dos usuários de *crack*, que têm se apresentado como casos totalmente diferentes dos alcoolistas, por exemplo, que é o maior grupo atendido pelo CAPS ad.

O perfil dos usuários de *crack* e o conhecimento de suas condições possibilitaram compreender que eles necessitam de estratégias que visem à prestação de um atendimento com mais proximidade em seu ambiente. Foi com esse objetivo que o Consultório de Rua e o Projeto Redução de Danos foram criados.

A partir das entrevistas, concluiu-se que atualmente o CAPS ad tem sido entendido como um programa que responde às demandas de maneira mais integral possível, considerando as especificidades da mesma.

Os CAPS ad se constituem como programas que ultrapassam as próprias estruturas físicas dos centros, não somente no sentido de buscar a rede de suporte social, mas também para proporcionar suporte aos usuários de *crack*, articulando-se com os diversos setores da sociedade como a justiça, a assistência social, a atenção básica, trabalhando de forma a entender e agir a partir de aspectos sociais e não somente de aspectos puramente clínicos.

Em relação aos danos produzidos pelo uso prejudicial de *crack*, a pesquisa possibilitou entender que estes são adquiridos pelo contexto so-



cial no qual a maioria dos usuários está submetida – jovens em estado de rua –, contexto que os leva a essa droga por ser mais econômica e que traz consigo também a questão da violência.

O trabalho articulado funciona no CAPS ad como um suporte na assistência, uma vez que o direcionamento do usuário até o dispositivo é pelo viés da droga; e no ambiente externo, a intersetorialidade funciona também como um suporte, mas dessa vez na perspectiva de abrir e ampliar a possibilidade de acolhimento e tratamento do usuário de crack e das questões inerentes a essa droga.

Portanto, apesar da lógica de redução de danos, não é somente a partir do viés da droga que os usuários devem ser alcançados. Também, e principalmente, pelo trabalho intersetorial que se constrói entre as estratégias de redução de danos e o CAPS ad com os setores da sociedade que estão diretamente envolvidos com a construção dos sujeitos. Logo, esse trabalho articulado, pode-se dizer, que tem se apresentado como fundamental para o acolhimento dos usuários de crack, que em sua maioria não deseja abandonar o uso da droga, impossibilitando assim que haja uma adesão ao tratamento.

Apesar de todo esse trabalho já haver se iniciado, o processo de realização das ações é contínuo, e conclui-se que, além de estar no início, o serviço de assistência e acolhimento prestado aos usuários de crack está em construção, uma vez que as especificidades envolvidas são bastante peculiares e complicadas de serem trabalhadas. Trata-se de uma droga que atinge em sua maioria grupos já muito vulneráveis socialmente, como crianças e adolescentes em situação de rua, que não têm como se proteger das consequências danosas desse uso.

Esse fenômeno pode ser entendido atualmente como um problema social, que provoca um enorme impacto sobre a saúde dos usuários e, de certa forma, sobre a vida da população em geral, e necessita, portanto de uma estratégia eficiente de assistência e acolhimento desses usuários.

Por fim, pode-se dizer que a melhor forma de enfrentar a questão é através da assistência integral a esses usuários, devido a suas peculiaridades, pois, como foi visto, as questões sociais são mais pertinentes do que as questões da droga. E que o processo de construção de estratégias

é um trabalho diário e contínuo, que deve ser realizado entre os setores da sociedade envolvidos com a construção dos sujeitos, afim de que essas estratégias sejam capazes de serem desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 735-759.

AUTORIDADES se reúnem para discutir plano de ação contra o crack. Marília, 30 abr. 2009. (Reportagem apresentada no RJTV 1ª Edição, da Rede Globo: <http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1104298-9097,00.html>.) Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php?c=4378&msg=Autoridades%20se%20re%FAnem%20para%20discutir%20plano%20de%20a%E7%E3o%20contra%20o%20crack>. Acesso em: 5 jun. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. *O crack: como lidar com este grave problema (I)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1. Acesso em: 5 jun. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002: estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 9 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL; OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. *Informações sobre drogas: definição e histórico*. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico. Acesso em: 28 jun. 2010.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 67-79, mar.-abr. 2007.

DOMANICO, Andréa; MACRAE, Edward John Baptista das Neves. Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 371-379.

DOMANICO, Andréa. *Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos noias – estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. Disponível em: http://www.universidadenova.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros_e_cracados_paginadoteseufba.pdf. Acesso em: 5 jun. 2010.

FREIRE, Aluizio. Polícia admite avanço do crack no Rio e investiga rota da droga. In: G1. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 14 maio 2008. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL469004-5606,00-POLICIA+ADMITE+AVANCO+DO+CRACK+NO+RIO+E+INVESTIGA+ROTA+DA+DROGA.html>. Acesso em: 5 jun. 2010.

MARLATT, Alan G. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: _____. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999a. p. 29-43.

MARLATT, Alan G. Princípios básicos e estratégias de redução de danos. In: _____. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999b. p. 45-58.

NICASTRI, Sérgio. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA

CAS SOBRE DROGAS (SENAD). *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas*. Brasília: Senad, 2008. Curso a Distância. Aula 4: O que são drogas? Disponível em: http://50anosbsb.unb.br/SENAD/aula_4.pdf. Acesso em: 5 jun. 2010.

PESQUISADOR alerta para o uso de crack por crianças e adolescentes. In: NOTÍCIAS do Portal Pesquisa e Sociedade. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.uerj.br/modulos/kernel/index.php?pagina=708&cod_noticia=1837. Acesso em: 5 jun. 2010.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Uso de substâncias tóxicas: história, modalidades e efeitos na subjetividade e nos laços sociais. *Psicologia em Foco*, Aracajú, v. 3, n. 2, p. 116-123, 2009.

TORRES, Raquel. Debate recente e ainda inconcluso: prevenção, tratamento e questões legais em relação ao uso de drogas são pontos polêmicos e dividem países. *Revista Poli – Saúde, Educação, Trabalho*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, maio-jun. 2010.

TULLER, Nívea Gisele Panizza; ROSA, Dorli Terezinha de Mello; MENEGATTI, Rosemary Parras. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. *Iniciação Científica Cesumar*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 153-161, 2007.



INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TEMA

Fernanda Fernandes Maceira¹

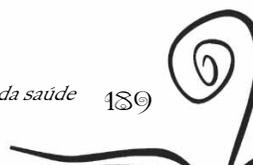
INTRODUÇÃO

Estudos acerca dos desafios presentes no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) são de fundamental importância. E a comunicação em saúde é um dos pontos que necessita de alterações, enfrentando dificuldades para colocar em prática os avanços teóricos adquiridos ao longo dos anos. Considerando que estes avanços apontam para um modelo de comunicação participativo, no qual todos são interlocutores, será aprofundada uma discussão sobre a articulação entre comunicação e participação social no contexto do SUS. O princípio da participação social foi escolhido pelas vastas discussões e importância na atualidade e pelo fato de o mesmo englobar (e ser a base de) todos os outros princípios do SUS, como a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a hierarquização (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Para refletir sobre esta articulação, num primeiro momento foi realizada uma revisão inicial da literatura sobre o tema e, depois, uma pesquisa bibliográfica² para mapear e compreender as tendências de estudo (seja por meio de relatos de experiências ou de resultados de pesquisas) que abordam a interface entre comunicação e participação social no campo

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gerência em Saúde (2008-2010). Atualmente, trabalha como técnica na Marinha do Brasil. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Grasielle Nespoli (doutora em Educação em Ciências e Saúde), do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão), e com a coorientação da professora-pesquisadora Marcela Abrunhosa (mestre em Informação e Comunicação em Saúde), do Núcleo de Tecnologias Educacionais (Nuted). Contato: ffmaceira@yahoo.com.br.

² A pesquisa bibliográfica, para Gil (2008), é formulada a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sua principal vantagem é o fato de permitir ao investigador uma maior cobertura dos fenômenos.



da saúde. Desta forma, os dados empíricos deste trabalho são as publicações, isto é, o conhecimento legitimado como científico. O levantamento da produção científica teve como lócus de investigação o Scielo,³ sendo definidos como recorte temporal os últimos 15 anos e como recorte espacial as publicações (artigos) nacionais. Para fins da pesquisa bibliográfica foram usadas as seguintes expressões de busca: comunicação, comunicação em saúde, participação, participação social e saúde (e seus cruzamentos). Após levantamento e seleção, foram identificados os objetos, concepções de participação e de comunicação, abordagens teóricas e discussões apresentadas nos artigos; e analisadas as possíveis interfaces entre esses dois campos de saberes e práticas.

Em termos analíticos, a produção científica foi apreendida como discursos que buscam definir sentido tanto para a comunicação como para a participação social no campo da saúde e, em particular, sobre a relação entre comunicação e participação no contexto do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a análise do material empírico foi orientada pela perspectiva teórica da Semiologia dos Discursos Sociais, que entende a comunicação como um modo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, ou seja, como forma de percepção e ação das pessoas sobre o mundo, que se manifesta através de um panorama discursivo.

A COMUNICAÇÃO COMO DESAFIO PARA O SUS

No final da década de 1970, após muitos acontecimentos importantes, já se podia observar as transformações políticas que estavam por vir e que resultariam na nova Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde.

A necessidade de mudança começou a ganhar mais força quando o conhecido “milagre econômico” chegou ao fim. Houve um momento em que o país vivenciou a euforia de um extraordinário crescimento e a modernização da economia, com grandes investimentos internos e expansão das indústrias, período este chamado de “milagre econômico”. Mas tal crescimento não beneficiava todas as camadas sociais e o país convivia

³ Scientific Eletronic Library Online: <http://www.scielo.br>.

com a repressão das organizações sindicais e dos movimentos culturais. A população se mostrava cada vez mais descontente com o governo militar. Foi então que, em 1974, o general Ernesto Geisel assumiu a presidência, e discursava sobre uma democracia que viria a passos lentos, que deveria ocorrer numa distensão lenta e gradual do regime militar.

Contudo, a sociedade não queria esperar, e começou a se organizar através de movimentos que buscavam a democracia, entre eles o movimento sanitário. Era um movimento contrário à restrição da assistência pública à saúde baseada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974, para oferecer atendimento aos trabalhadores que possuíam carteira assinada, os contribuintes. O movimento da reforma sanitária brasileira queria superar a separação entre ações de saúde pública, com ênfase na prevenção de doenças, e as ações de assistência médica, com ênfase na assistência curativa, sob a responsabilidade da Previdência (CHAGAS; TORRES, 2008).

Todo o movimento de redemocratização também refletiu na área da saúde. Várias pessoas relacionadas a essa área começaram a pensar em como rever o modelo de assistência do Brasil, e concluíram que este não era adequado para o bem-estar da sociedade. Sendo assim, começou uma discussão a respeito da necessidade de mudanças no sistema de saúde vigente naquela época.

Como resultado das experiências adquiridas pelo movimento sanitarista, que via uma possível reforma na saúde, militantes se reuniram em 1986 para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de profissionais, gestores e usuários do sistema público de saúde. Esta aprovou a universalização do acesso à assistência, definiu um conceito abrangente de saúde, enfatizou a importância da participação social e do atendimento integral de acordo com as necessidades de saúde da população. Com o início do governo da Nova República, a ideia de escrever uma nova constituição começou a se concretizar e se tornou uma obrigação, já que a antiga institucionalizava uma ditadura, não fazendo mais sentido numa democracia. Foi, então, no processo de elaboração da Constituição de 1988, que a Assembleia Nacional Constituinte aprovou o Sistema Único de Saúde.

O SUS é um sistema de abrangência nacional que está sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Para sua formação foram definidos princípios doutrinários e organizativos que buscam uma maior democratização do sistema e a consolidação do mesmo, com base num conceito de saúde definido da seguinte forma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O princípio da universalidade é considerado o conceito base da criação do SUS, uma vez que por ele a saúde é definida como um direito fundamental do ser humano e cabe ao Estado o dever de provê-la. Além de universal, o direito a saúde deve ser integral, incluindo tanto os meios curativos quanto os preventivos, tanto os individuais quanto os coletivos, em todos os níveis de complexidade que envolvem a atenção e o cuidado. Também deve haver a descentralização nos processos decisórios e um aumento da participação social, para que a população possa reivindicar e garantir seus direitos, principalmente através dos conselhos de saúde. O SUS está organizado de forma hierarquizada, no que diz respeito à distribuição dos serviços segundo a complexidade dos serviços e das ações desenvolvidas (atenção primária, secundária e terciária). O sistema visa a diminuir as desigualdades, através do princípio da equidade, tratando diferentemente os desiguais, ou seja, considerando as especificidades de cada local, das populações e dos indivíduos.

No processo de constituição do SUS, a lei nº 8.080 e a lei nº 8.142, aprovadas em 1990, buscam definir os modos de operacionalização do SUS. Se o mesmo fosse consolidado de fato, muitas mudanças favoráveis poderiam acontecer na sociedade brasileira. Sendo assim, é de extrema relevância a discussão acerca de como fazer o Sistema de Saúde avançar, já que sem dúvida ele é muito importante para o país. Contudo, não podemos desconsiderar que muitos avanços já ocorreram durante os últimos anos, mais ainda é algo insuficiente, pois permanecem grandes desafios a serem enfrentados pelos gestores, profissionais e usuários.

Alguns dos desafios identificados atualmente são: a necessidade de ampliar o financiamento do SUS por parte de municípios, estados e da União; a ampliação do controle social; a superação do modelo médico-hegemônico, que organiza as práticas de saúde na sociedade; a redefinição do perfil de formação dos profissionais; o diálogo entre os níveis de complexidade; e aqueles relativos aos processos de comunicação em saúde (CHAGAS; TORRES, 2008).

INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

A comunicação em saúde é um campo de disputa de projetos sociais, e sua organização está intimamente relacionada à história do modo de organização do trabalho e das práticas de saúde. Segundo Araújo e Cardoso (2007, p. 23) a ligação presente entre comunicação e políticas públicas de saúde aparece de forma mais explícita quando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, incluiu as propagandas e a educação sanitária como uma maneira de contribuir na resolução dos problemas de saúde da época.

Esse método começou a ser utilizado porque, naquela época, estavam ocorrendo muitas descobertas científicas nos campos da bacteriologia, da parasitologia e da microbiologia, e essas inovações provocaram um grande debate a respeito das ações de saúde pública. Com essas descobertas, havia a possibilidade de reconhecer um agente causador de uma determinada doença e o modo como ela poderia ser transmitida. Isso acabou deslocando o foco do meio ambiente para o indivíduo, ocorrendo uma culpabilização deste, uma vez em que o meio ao seu redor perdeu a maior parte da atenção e a responsabilidade maior recaiu sobre o que o indivíduo faz (ou não) de “correto” para evitar a doença. Nessa perspectiva, a solução para os problemas de saúde deveria enfatizar a educação dos hábitos de vida. É então que a ação educativa começou a ganhar uma maior importância, já que para evitar a doença o ser humano deveria, simplesmente, corrigir aquilo que era

considerado prejudicial à saúde; com efeito, os determinantes sociais das doenças eram ignorados.

Ainda de acordo com Araújo e Cardoso (2007), foi nos anos 1940, com a criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que o papel da educação e da comunicação na saúde e sua articulação com as políticas públicas do setor se consolidaram. O SNES tinha por objetivo propagar informações sobre as doenças e como preveni-las. Assim, foram desenvolvidos materiais educativos para serem usados por diferentes organizações e serviços, ligados aos meios de comunicação. No mesmo governo, também foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em convênio com o governo norte-americano, que foi um grande produtor e disseminador de materiais educativos e informativos no Brasil.

Nas décadas seguintes, a educação e a comunicação (esta ainda pensada como propaganda) tinham como objetivo garantir o sucesso das Políticas Públicas de saúde e servir de molde para as mesmas, principalmente para as que buscavam uma intervenção direta sobre os costumes e hábitos dos indivíduos.

Até a década de 1970, não era visível uma relação entre comunicação e informação, pois o ato de informar estava ligado a procedimentos estatísticos/epidemiológicos. Entretanto, a comunicação estava intimamente relacionada com a educação. E vale ressaltar que, com o tempo, a informação, a comunicação e a educação tomaram rumos institucionais distintos. A comunicação voltou-se para as coordenadorias de Comunicação Social; a informação teve fortalecida sua função estratégica junto ao planejamento e à gestão, mas, ao mesmo tempo, criou um vínculo com a segurança nacional, através do Serviço Nacional de Informação (SNI); e a educação permaneceu vinculada às áreas técnicas, de formação profissional e de educação popular.

Embora o elo presente entre comunicação e saúde seja bastante antigo, Araújo e Cardoso (2007) ressaltam ser recente a construção do campo Comunicação e Saúde (como um conjunto que apresenta elementos articulados, nomeados e reconhecidos), tornando-se mais visível no início dos anos 1990. A organização desse campo teve como ponto de

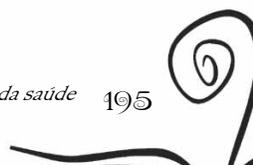
partida críticas feitas por instituições de ensino e pesquisa e profissionais da área da saúde. A partir das críticas, o campo vem se aperfeiçoando por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu*, do Grupo de Trabalho em Comunicação e Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), de oficinas e cursos de curta duração, pela luta da inclusão do tema nas Conferências Nacionais de Saúde, entre outras iniciativas.

Desta forma, no decorrer dos anos, no campo científico iniciou-se e consolidou-se uma análise crítica da comunicação na saúde. Contudo, o avanço teórico não acompanhou a prática, o que faz com que, em boa parte, até os dias atuais, prevaleçam os modelos hegemônicos produzidos historicamente.

OS MODELOS DE COMUNICAÇÃO E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE

As teorias, conjuntos de práticas e saberes produzidos historicamente, formam modelos que funcionam como fonte de mediação entre as pessoas e a realidade, moldando percepções, orientando análises e circunscrevendo as possibilidades de ação. É com o intuito de fazer as pessoas olharem o mundo a partir de uma determinada perspectiva é que as teorias e modelos se tornam um objeto de disputa pelo poder simbólico, o “poder de fazer ver e fazer crer”, como se refere Bourdieu, citado por Araújo e Cardoso (2007). Muitas vezes, esse modo de compreender e descrever a realidade é concebido como verdade absoluta por diversas pessoas, que acabam por naturalizá-lo.

Segundo Araújo e Cardoso (2007), na comunicação, esse conjunto de práticas e saberes foi expresso primeiramente pelo modelo hipodérmico, que tinha a imagem das pessoas como estáticas e indefesas diante daquilo que era passado pelos meios de comunicação. Esse modelo pressupõe que o comportamento das pessoas pode ser moldado por esses meios, ideia baseada no behaviorismo, que defende que o comportamento das pessoas pode ser modelado por uma série de estímulos. Mas, aos poucos,



a teoria hipodérmica foi criticada e cedeu espaço para a emergência de outras teorias e modelos de comunicação.

Com o desencadeamento das pesquisas realizadas na Segunda Guerra Mundial surgiu uma teoria matemática, em 1948, desenvolvida por um físico e um matemático americanos, Claude Shannon e Warren Weaver, que buscavam que a mensagem chegasse ao seu destino da forma mais verdadeira possível à sua forma de origem. O modelo apresentado trazia uma fórmula matemática de cálculo, sendo por isso chamado por eles de “modelo matemático da comunicação”. Um dos elementos centrais, assim considerado por esses cientistas, incluía a eliminação dos ruídos e um mesmo campo representacional ao emissor e receptor, condição considerada indispensável para a decodificação da mensagem. Assim, para haver boa comunicação, um emissor deve enviar uma mensagem para um receptor, através de um canal, evitando o máximo de ruídos, como apresentado no esquema abaixo:

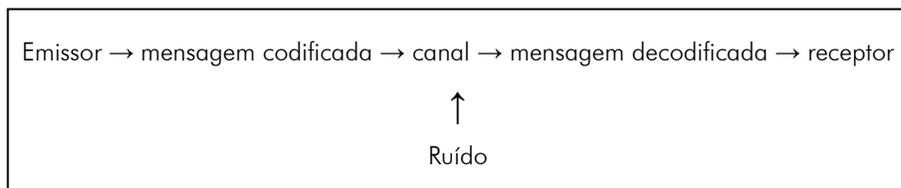


Figura 1 – Modelo informacional.
Fonte: Araújo e Cardoso, 2007, p. 43.

Esse modelo era visto como extremamente funcional, operacional e apropriável, o que permite, supostamente, organizar a prática comunicativa facilmente. Assim, o modelo informacional, chamado desse modo graças a seu principal objetivo, transferir informações, ganhou grande espaço na forma de pensar a comunicação no Brasil, afetando o campo das políticas públicas de saúde. Apesar de novos avanços na teoria comunicacional, esse modelo ainda se mantém presente, afinal, contribuições foram trazidas por ele, como o fato de considerar que as mensagens sejam estruturadas na interface dos códigos do emissor e dos receptores.

Contudo, suas principais características prejudicam a compreensão das dinâmicas das relações comunicativas. São características desse mo-

delo: a *linearidade*, que define a comunicação como um processo linear, em que somente a dimensão da tecnologia (do meio) é valorizada, esquecendo-se das dimensões afetivas, políticas, econômicas, entre outras, que também estão presentes na comunicação; a *unidirecionalidade*, em que a comunicação vai de um polo a outro sem possibilidade de inversão dos polos; a *bipolaridade*, que faz com que o modelo só considere a comunicação entre os polos de relação, deixando de lado as outras vozes que formam a cena comunicativa; o *apagamento dos ruídos*, uma vez que é preciso apagar todas as interferências na comunicação; a *concepção de língua como um conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável*, consideração essa que dificulta o entendimento de que significados são dinâmicos e dependem de conhecimentos anteriores; e, por fim, a *concepção instrumental de linguagem*, que é vista apenas como um instrumento para realizar a comunicação entre emissor e receptor (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Em 1944, os cientistas políticos Lazarsfeld, Berelson e Gaudet publicam *The people's choice*, um marco no entendimento da escolha de voto, pois aponta a figura do “líder de opinião” como um mediador nesse processo, caracterizando a comunicação em duas etapas. E em 1955, a teoria sobre a comunicação em dois fluxos foi consolidada. Seus principais elementos podem ser representados na figura abaixo.

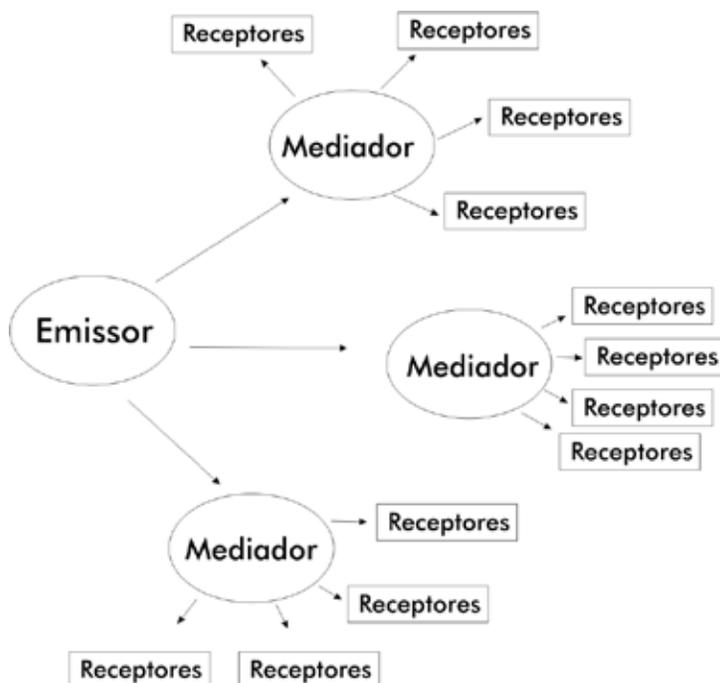


Figura 2 – Principais elementos da teoria sobre a comunicação em dois fluxos.
 Fonte: Araújo e Cardoso, 2007, p. 53.

Este modelo passa a considerar instâncias intermediárias entre a fonte e o destino da mensagem, as quais passam a interferir no modo como o receptor irá compreender o que foi passado. Tal teoria apresenta avanços em relação ao modelo hipodérmico, pois passa a reconhecer que as pessoas pertencem a grupos sociais e que cada um possui suas especificidades. Supera, também, o modelo informacional, que falava que a mensagem era transferida diretamente do emissor para o receptor, sem considerar o contexto, apenas o código. Contudo, não se pode esquecer que este modelo partilhava de algumas das características do modelo anterior, dentre elas a linearidade, a unidirecionalidade e a concepção de língua como conjunto de códigos transferíveis.

É na década de 1970 que, no Brasil, entra no cenário a perspectiva de Paulo Freire. Ela retira o emissor do lugar qualificado do saber e enfatiza que os polos da relação são produtores do conhecimento. E, neste

momento, torna-se visível a dificuldade dessa perspectiva, de uma comunicação dialógica, concorrer com a hegemônica.

Foi também no final dos anos 1970 que entrou em cena a concepção do linguista Bakhtin chamada “dialogismo”, que pressupõe a polifonia, em que cada fala, enunciado ou texto exprime-se numa multiplicidade de vozes, que correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social. A comunicação passa a ser vista não mais como uma transmissão de conteúdos prontos, mas como um processo de produção de sentidos sociais. E a linguagem deixa de ser apenas um instrumento e passa a ser um dispositivo de lutas e negociações. De acordo com esse pensamento, e com ideias desenvolvidas posteriormente por pensadores franceses, principalmente por Michel Foucault, o discurso é entendido como um conjunto de textos articulados na prática discursiva, que forma regimes de verdade. Outro teórico importante é Pierre Bourdieu que apresenta o conceito de Poder Simbólico, como citado anteriormente, que é o poder “fazer ver, fazer crer”. Esses teóricos formam uma corrente de pensamento definida por Araújo e Cardoso (2007) como Semiologia do Discurso Social.

A partir desses avanços teóricos, a comunicação passa a ser vista como um processo dinâmico da construção de sentidos. Deve-se compreender que tanto na comunicação quanto no discurso nunca começamos do zero, estamos recheados de saberes e informações que se articularão com outros discursos. Dessa forma, o receptor é um interlocutor, e o cenário social é repleto de vozes, onde nenhuma comunicação ocorre em um espaço fechado, sendo impossível eliminar todos os ruídos.

Segundo Araújo (2004), os modelos atuais de comunicação não dão conta de explicar a prática comunicativa. E, com o objetivo de propor um modelo para análise e planejamento da comunicação nas políticas públicas, a autora elaborou o “modelo do mercado simbólico”, em rede, descentralizado e multipolar, composto por uma formulação teórica, uma representação gráfica e uma matriz. Sua representação gráfica inclui a rede de sentidos sociais, os interlocutores e seus contextos e o “lugar de interlocução”.

No modelo do mercado simbólico, os sentidos sociais formam uma rede, dinamizada pela interdiscursividade. O processo de produção,

circulação e consumo, que caracteriza o mercado simbólico, é mostrado no modelo por uma malha de fios, onde o traçado ondulado busca expor a contínua transformação dos sentidos no processo de circulação. Tal produção, circulação e consumo dos sentidos sociais é mediada por um processo de negociação, operado por pessoas e comunidades discursivas, os chamados “interlocutores”. A forma como cada um desses interlocutores irá participar do mercado simbólico é resultado da articulação de vários contextos. A noção de “interlocutor” vai contra as noções de “emissor e receptor”, retirando a noção linear e criando a ideia de que cada pessoa participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa. Nesse modelo, os “interlocutores” são representados nos nós das redes, trazendo o significado de que cada um é, ao mesmo tempo, agente e espaço de negociação dos sentidos. Nesse modelo, as posições discursivas – centro e periferia – são posições móveis e negociáveis, representadas por uma espiral, que traz a ideia de movimento.

A imagem abaixo mostra a representação gráfica desse modelo.

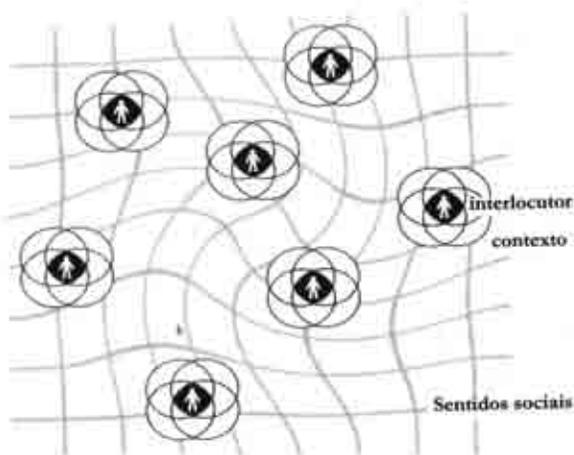


Figura 3 – Modelo de comunicação do mercado simbólico.
Fonte: Araújo, 2004, p. 173.

A matriz de análise dos fatores de mediação tem como intuito oferecer uma estrutura de análise das relações de poder na sociedade, no

contexto das políticas públicas e na perspectiva discursiva. Um dos componentes dessa matriz são as fontes, que indicam espaços simbólicos onde se organizam e se produzem mediações a partir do acervo social e cultural de cada indivíduo e dos grupos sociais. Outros elementos são os campos, áreas sociodiscursivas de natureza abstrata, que podem corresponder a igrejas, escolas, Forças Armadas ou até mesmo a temáticas e práticas sociopolíticas, como a saúde coletiva, a comunicação e o movimento da Reforma Sanitária. As instâncias também fazem parte dessa matriz, onde são tratadas como dimensões sociodiscursivas concretas, estruturadas formalmente, como as organizações, mas também por princípios não formais de organização, como as famílias. Nessa matriz, as comunidades discursivas são os grupos de pessoas que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e que são por eles reconhecidos. As comunidades discursivas ocupam uma posição especificadora das instâncias, são espaços onde se manifestam e podem ser observados fatores de mediação, de natureza e amplitude diversas.

Todavia, mesmo defendendo o modelo do mercado simbólico como mais próximo da realidade, Araújo e Cardoso (2007) lembram que até hoje prevalece um modelo positivista, tanto na comunicação como na saúde. Esse modelo acredita que a sociedade é movida pelo consenso, pela exclusão dos desacordos, não considera as influências externas, a causa de todas as coisas é única, ou seja, o seu ideal é a ordem. Em contrapartida, o modelo do mercado simbólico é conflitual, pressupõe que na sociedade está presente uma luta por diferentes interesses, colocando visíveis as contradições presentes.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A comunicação como desafio para o SUS foi expressa nas Conferências Nacionais de Saúde, especialmente, no contexto da Reforma Sanitária.

Segundo a lei nº 8.142, a Conferência de Saúde se reunirá a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo

ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. Então, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços onde são traduzidas as ações e correlações de forças da área da saúde, exemplo da crescente relevância da comunicação para além de sua dimensão instrumental. Essas conferências se iniciaram no Governo Getúlio Vargas, e somente a partir da década de 1980 começaram a perder seu caráter estritamente técnico. Iniciou-se a partir daí um processo em que havia a representação de vários segmentos sociais, que se reúnem para discutir, a cada quatro anos, e propor diretrizes para as políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde.

Algumas conferências trouxeram, ao longo dos anos, a comunicação como um dos temas a serem discutidos. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi discutido o direito à informação, à educação e à comunicação, considerado inerente ao direito à saúde. E, a partir da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, a comunicação, a informação e a educação passaram a ser discutidas em outra perspectiva: a da ampliação da participação social, condição para a democratização do Estado. A X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, realizada em pleno processo de democratização da saúde, elaborou prazos para a criação de uma política nacional de informação, educação e comunicação em saúde, que deveria incluir a organização de um sistema nacional que relacionasse esses três componentes. A XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, elencou sugestões para a construção de políticas coerentes com o SUS e enfatizou a constituição de uma rede pública nacional de comunicação em saúde. Tratou também da comunicação com o Ministério Público e com o Legislativo, da comunicação pública para a eficácia dos serviços de saúde, de programas específicos e de estratégias de divulgação. A XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, confirmou as indicações da XI, realçando a importância de uma rede pública nacional de comunicação, e aconselhou a realização da I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde. E, finalmente, a XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, buscou a garantia de recursos financeiros para a implantação das ações de comunicação e informação em saúde, e ressaltou também que os conselhos de saúde devem criar e manter instrumentos de comunicação para garantir o acesso à informação sobre

os assuntos tratados pelos próprios conselhos e suas resoluções. Essa última conferência manteve um discurso a favor da realização da I Conferência Nacional de Comunicação⁴(BRASIL, 2007).

Ainda que as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde sejam espaços instituídos de participação, entende-se aqui que a participação social ocorre em diversos espaços, de diferentes formas e com diferentes propósitos. Ela é mais ampla que o controle social. No manual *O SUS de A a Z*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2005, é essa a definição de participação social:

(...) uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado. (BRASIL, 2009, p. 237-238)

INTERFACES ENTRE PARTICIPAÇÃO SOCIAL, COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Como dito, este trabalho teve como base o levantamento dos artigos publicados nos periódicos da área da saúde disponíveis no Scielo. E, para a realização de tal, foram utilizadas as seguintes expressões de busca: saúde, participação, participação social, comunicação e comunicação em saúde, conforme resultado apresentado abaixo:

⁴ A I Conferência Nacional de Comunicação veio a ocorrer em dezembro de 2009, em Brasília.

Quadro 2 – Resultado da pesquisa feita em outubro de 2010 por cruzamento das expressões (em todos os índices).

Expressão de busca	Resultados
Saúde	21.783
Participação	2.444
Participação Social	42
Comunicação	2.033
Comunicação em Saúde	13

No resultado obtido (quadro 1), pode-se observar a grande quantidade de artigos que tratam da área da saúde (21.783), da participação (2.444) e da comunicação (2.033). Contudo, ao refinar a pesquisa pelas expressões “participação social” e “comunicação em saúde” o resultado reduz-se significativamente para 42 e 13 artigos, respectivamente. Dentro desse universo geral foi realizado, também para fins de refinamento da busca, um cruzamento das expressões, uma vez que o objetivo deste trabalho é compreender as possíveis interfaces entre “comunicação em saúde” e “participação social”.

Quadro 2 – Resultado da pesquisa feita em outubro de 2010 por cruzamento das expressões (em todos os índices).

Conjuntos	Expressões de busca	Resultados	Selecionados
01	Participação + Comunicação + Saúde	49	9
02	Participação + Comunicação em Saúde	5 (inclusos no conjunto 01)	5 (inclusos no conjunto 01)
03	Comunicação + Participação Social	2 (inclusos no conjunto 01)	2 (inclusos no conjunto 01)
04	Participação Social + Comunicação em Saúde	0	-

Assim, no quadro 2, os resultados foram apresentados segundo os cruzamentos entre as expressões de busca, definidos aqui como conjuntos, conforme a primeira coluna. Pode-se observar que os resultados dos conjuntos 02 e 03 (participação + comunicação em saúde; e comunicação + participação social), que somam um total de 7 artigos, estão incluídos no conjunto 01 (participação + comunicação + saúde), que apresentou um total de 49 artigos. Chama a atenção o fato de o cruzamento entre “participação social” e “comunicação em saúde” não resultar em nenhum artigo, o que pode indicar um problema na indexação das palavras-chave ao conteúdo apresentado nos artigos. Seguindo o resultado apresentado pelos cruzamentos, foram então selecionados os 5 artigos do conjunto 02 e os 2 artigos do conjunto 03, isto é, os 7 artigos que também estão inclusos no conjunto 01.

Desta forma, o conjunto 01 tornou-se referência para a pesquisa e, portanto, foram lidos todos os resumos dos artigos, sendo excluídos 8 publicados em inglês e 32 que não apresentavam em seus resumos os conceitos e as relações pesquisadas. Foram selecionados ao final 9 artigos para análise, não na perspectiva de quantificar objetos, concepções e abordagens teóricas, mas de problematizar a relação entre comunicação e participação social no campo da saúde coletiva.

Integração entre ações de saúde, de comunicação e comunitárias

De forma geral, os estudos abordam a relação entre saúde, comunicação e participação social do ponto de vista da integração entre as ações. Como exemplo dessa abordagem, apresentamos abaixo a preocupação enunciada na maioria dos artigos.

Matos, Meneguetti e Gomes (2009) discorrem sobre a experiência de articulação dos serviços de saúde com rádios comunitárias que objetivou alcançar uma maior união de esforços de comunicação em saúde com a comunidade. A experiência foi realizada através de oficinas, onde utilizaram materiais de apoio como excertos de textos acadêmicos, pinturas, charges, caricaturas, músicas, poesias, mensagens, entre outros. Além disso, foi elaborada uma radionovela baseada em um encontro semanal

de duas famílias, o que possibilitou colocar os significados de doença e saúde sob o ponto de vista da população. Para a realização de tal, foram selecionados participantes dos serviços de saúde de diversas funções, de onze rádios que se comprometeram a enviar um ou dois radiocomunicadores para participar; e foram plotadas, no mapa municipal de Guarulhos, as áreas de abrangência das rádios e dos serviços de saúde. As oficinas foram iniciadas com uma conversa acerca das relações entre pintura, charge ou caricatura escolhida e o tema em questão. Posteriormente, os participantes tinham como tarefa ler o capítulo da novela e o excerto do texto acadêmico e elaborar argumentos prós e contras as posições ali presentes. Em seguida, foi aberto um momento para homogeneização do entendimento, identificação de dúvidas, relação entre a novela e seu cotidiano, elaboração de argumentos e apresentação. E ao longo destas oficinas foram feitas avaliações dialógicas.

O desenho do projeto considerou o caráter ampliado do conceito de saúde e o potencial articulador desenhado pelo SUS. Sua contribuição considerou a ideia de que todo prestador de serviço presente num mesmo território possa se relacionar, formando redes institucionais que interajam com a comunidade de forma técnica, ao mesmo tempo amigável, respeitosa aos saberes de outra origem e solidária com os movimentos de construção da cidadania. (MATOS; MENEGUETTI; GOMES, 2009, p. 442)

Bydlowski, Westphal e Pereira (2004), ao discutirem a promoção da saúde como uma perspectiva que propõe uma intervenção sobre os determinantes do processo saúde–doença, problematizam a importância da participação social como exercício de cidadania, da democratização da informação e dos meios de comunicação nesse processo. Os autores afirmam que hoje os meios de comunicação têm um grande papel na determinação dos pensamentos e comportamentos dos indivíduos. E que são instituições mais eficazes de manutenção da hegemonia. Ao tratar da saúde, esses meios a transformam em mercadoria.

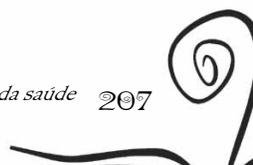
Oliveira et al. (2007) enfatizam a importância da participação de grupos populacionais na construção de campanhas publicitárias na área da saúde, para entender como essas são compreendidas de acordo com as especificidades de cada indivíduo. A pesquisa apresentada entrevistou

quatro profissionais e quatro usuários a respeito de um cartaz sobre a prevenção de DST/AIDS. A cada um foram feitas três perguntas: Qual mensagem que o cartaz transmite? O que funciona como elemento motivador do cartaz? O que poderia funcionar como elemento dificultador do entendimento?

Cyrino e Cyrino (1997) valorizam o direito à informação como condição básica para o exercício pleno da cidadania e buscam práticas e meios adequados para sua difusão, havendo uma aproximação da área de informação com os campos da comunicação e da educação em saúde. E, com o intuito de identificar os principais problemas de comunicação entre Serviços de Saúde e Comunidade, foram realizados dois encontros de comunicação e saúde por um núcleo formado pela articulação universidade, serviços locais de saúde e comunidade, incentivado pelo projeto UNI (Uma nova iniciativa para a educação dos profissionais de saúde: em união com a comunidade). E foi com base nos problemas identificados nesses encontros e na vivência das questões locais de saúde que os membros do Núcleo de Comunicação e Saúde estruturaram-se em quatro grupos de trabalho, como forma de operacionalizar ações e atividades de Comunicação e Educação em Saúde.

Rangel-S (2008) coloca em evidência alguns problemas sobre a prática de educação, comunicação e mobilização comunitária no controle da dengue por meio de um levantamento e da análise da literatura sobre o assunto, de um total de 22 artigos publicados nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS), no período de 1977 a 2006, concentrados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Camargo-Borges e Mishima (2009) tratam a participação social como um recurso fundamental para a sustentação da atenção básica no SUS. Os autores fizeram um estudo que selecionou um grupo que pertence a uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo, e que teve por objetivo apresentar uma análise deste grupo, dando visibilidade aos processos conversacionais entre trabalhadores de saúde e usuários, mostrando como certas posturas favorecem a construção do engajamento, do vínculo e da corresponsabilidade, produzindo um espaço mais participativo. As conversações grupais foram gravadas, transcritas e



analisadas. Os recortes selecionados para tal análise apontam o grupo exercendo um elo entre a unidade de saúde e a comunidade.

Langdon et al. (2006) examinam os resultados sobre uma pesquisa acerca dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), que atuam nas terras indígenas Xapecó e Laklãnõ em Santa Catarina e que são vistos como um elo entre os saberes tradicionais e também entre os membros da comunidade e os da equipe. Tal pesquisa tinha por objetivo analisar o papel do AIS na atenção básica dirigida às comunidades indígenas de Santa Catarina, buscando trazer dados para subsidiar a melhoria da qualidade de serviços de saúde em contextos interculturais, bem como o controle social.

Comunicação e controle social na saúde

Dos artigos analisados, um trata da comunicação como ação fundamental para a democratização das informações e para o fortalecimento do controle social. Oliveira (2004) inicia o texto falando que um dos objetivos da participação popular no SUS é o controle social. O autor contextualiza esse conceito como parte essencial das políticas públicas para a saúde, entendendo que faz parte de uma proposta pela democratização do Estado e pela busca de participação da sociedade nas políticas públicas. O exercício do controle social acontece em várias instâncias da sociedade, como as associações profissionais da área, as associações dos usuários, o Ministério Público, e através dos conselhos de saúde, que envolvem um grande número de cidadãos nas funções de fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o país.

Segundo Oliveira (2004), os conselhos de saúde estão previstos institucionalmente e, em princípio, não dependem da mobilização da população para funcionar. No entanto, no exercício de suas funções, demandam do cidadão, das comunidades e das organizações com eles envolvidos crescente capacidade para atuar politicamente e promover negociações ou acordos, resolver conflitos, fiscalizar ou estabelecer prioridades para o campo da saúde.

Além disso, o autor lembra que se os conselhos significam uma perspectiva democrática e uma inegável conquista política da sociedade civil,

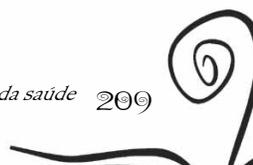
por outro lado a concretização de suas proposições depende da maneira como funcionam ali os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários nesse ambiente político.

Podemos entender hoje, também, os conselhos de saúde no contexto do fenômeno político denominado *accountability*, ainda uma novidade no Brasil, que nada mais é do que um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento, por meio da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Isso significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. Quem o promove são diferentes atores sociais, que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, associações comunitárias, sindicatos, entre outros) e algumas instituições voltadas especialmente para este fim, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas.

Comunicação e gestão participativa

Guizardi e Cavalcanti (2010) partem do movimento de remeter a gestão em saúde ao projeto da Reforma Sanitária, o que parece constituir a participação política no cotidiano institucional do SUS como problema teórico e político fundamental. Têm o intuito de interrogar como a gestão dos serviços e dos sistemas de saúde têm respondido ao projeto democrático do SUS. Apontam que a presença marcante de artifícios normativos, constituídos de forma centralizada, mostra qual tem sido a tendência hegemônica na gestão das políticas de saúde. Os autores fazem uma crítica à normalização e à racionalização das práticas como caminho inevitável para a construção de outro modelo assistencial, determinam as formas de gestão das políticas de saúde e as práticas institucionais do gestor. Afir-mam que:

Tais referências são aqui retomadas porque se traduzem em tecnologias de gestão em saúde que apresentam um forte viés técnico e centralizador. Não é difícil constatar que, mesmo advogando a



participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento e da programação em saúde redundaram na permanência de práticas de gestão calcadas na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde. (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 635)

Os autores ressaltam, também, que um importante esclarecimento é necessário no esforço de reconhecer o cotidiano institucional como contexto de participação política. E que mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada, todos os sujeitos são autores, ou seja, mediadores desse desenho institucional.

Para possibilitar a gestão democrática e, logo, participativa, os autores partem de uma perspectiva relacional ou mediadora das práticas de comunicação e colocam que o problema da gestão das práticas institucionais tem por base a compreensão de que o cruzamento entre política, ética e atividade humana resulta da relação dialógica com o outro, seguindo assim as ideias de Bakhtin, não pretendendo reduzir a experiência comunicativa ao sentido linguístico.

Ao tratar da dimensão política da experiência, procuram pôr em discussão a gestão em saúde a partir das implicações normativas da atividade em sua produção dialógica de sentidos e efeitos de realidade. Ao colocarem suas considerações sobre os modos de produção contemporâneos, Guizardi e Cavalcanti (2010) observam que:

Trazer para o contexto da gestão em saúde as implicações normativas da atividade significa afirmar que a gestão é feita por todos, é responsabilidade ética de todos, já que, mesmo sob os maiores cerceamentos, a atividade do humano produz realidade. Isso significa pensar a realidade (institucional) necessariamente como produção compartilhada. (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 638)

As novas tecnologias de comunicação e informação (NTIC) introduzem uma inédita dinâmica de cooperação horizontal, em que se efetivam produção, circulação e acumulação de conhecimento sem constrangimentos de ordem temporal ou espacial.

Na visão dos autores, discutir a cogestão no âmbito das instituições de saúde representa uma passagem do entendimento da gestão como organização da operação de tarefas e ações para o plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde. O desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS, implica a constituição de novas tecnologias de governo, novas institucionalidades abertas à mobilidade das relações estratégicas, que reconheçam e afirmem a dimensão política (normativa) da atividade.

Polissemia, dialogismos e participação social

Em sua maioria, os artigos têm como base teórica os conceitos de polissemia e dialogismo, que implicam na superação do modelo hegemônico e que presumem a participação dos sujeitos, as diversas vozes que defendem posições políticas, interesses e lutas no mercado simbólico. Ou seja, prevalece uma concepção e um modelo de comunicação que pressupõem a participação social, seja do ponto de vista de Freire, Bakhtin ou Bourdieu.

De acordo com Matos, Meneguetti e Gomes (2009), uma das preocupações centrais ao realizar o projeto das oficinas com comunicadores e profissionais de saúde foi evitar a repetição do modelo pedagógico linear e unidirecional. Desta forma, buscou-se um formato de trabalho que desse aos participantes a possibilidade de trazer seus significados para doença e para saúde e a oportunidade de trocar conhecimentos, afetos e “estados de ânimo”. Trabalhou-se com a perspectiva de Bourdieu, que define que cada pessoa, ainda que não saiba ou não queira, tem suas ações produzidas dentro de um contexto social, do qual não é a produtora isolada nem possui domínio completo.

Rangel-S (2008) ressalta que a comunicação e a educação hoje são entendidas não mais de forma unidirecional, como transmissão de conhecimentos e informações entre um emissor e um receptor, mas como circulação e significação de signos entre múltiplos emissores e receptores de mensagens. Somos todos emissores e produtores e, simultaneamente, receptores ativos, capazes de interpretar mensagens. Temos, então, um sistema complexo de signos e significados públicos, que não estão aco-

modados na mente das pessoas, mas nas relações sociais e, dessa forma, circulam nos contextos onde estão inseridos muitos outros textos. Portanto, os processos de atribuição de sentidos são mediados por um conjunto articulado de formas simbólicas em contextos particulares. Com isso, temos de considerar esse conjunto complexo de mediações para que ações de comunicação, educação e mobilização possam ter sucesso.

Camargo-Borges e Mishima (2009) se baseiam na perspectiva da construção dialógica do conhecimento em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento geram diversas histórias e resultados. Eles fundamentam a ideia de que tanto os profissionais de saúde como os usuários detêm o saber, há uma troca de conhecimento, em que se busca discuti-lo e ampliá-lo, trazendo assim a perspectiva de Paulo Freire. Os autores chamam a atenção para o fato de o processo comunicativo não ser antagônico, e sim de aproximação, visto que é por meio destas interações que se darão as mudanças.

Oliveira (2007) observa que, uma vez explicitados o contexto, as características e a natureza do funcionamento dos conselhos de saúde, se estabelece a premissa de que eles não existem ou funcionam fora de práticas discursivas constituídas por diferentes modos de produção, circulação e recepção de bens simbólicos que implicam no estabelecimento de redes internas e externas de comunicação e de informação. Defende que a comunicação verdadeiramente democrática, passível de tornar o homem responsável pelo seu próprio destino e capaz de problematizar o mundo se dá através da relação dialógica. Traz a perspectiva de Freire, ressaltando que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito. E traz a ideia de Bakhtin ao afirmar que os discursos, como elementos centrais da comunicação, estão presentes em todo ato consciente, em todo ato de compreensão e em todos os atos de interpretação.

Cyrino e Cyrino (1997) apresentam, também, a perspectiva de Freire, que se opõe ao modo de realizar a comunicação segundo o modelo “emissor–receptor”, sugerindo que é preciso uma relação dialógica como um processo que impediria a sobreposição de um saber sobre outro.

Nesse mesmo sentido, Oliveira et al. (2007) discutem a importância de considerar os determinantes culturais e as especificidades de determinados grupos ou populações na construção de campanhas publicitárias na área da saúde.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Observa-se que muitos desafios ainda estão presentes quando tratamos do tema comunicação em saúde e participação social. De modo geral, uma das dificuldades mais presentes nos estudos foi a persistência de um modelo de comunicação “emissor–receptor”, que considera somente um dos polos como detentor de conhecimento. Rangel-S (2008) é um dos autores que coloca o modelo de comunicação, que fundamenta as práticas de comunicação e educação, e o modelo de participação social, como problemas a serem resolvidos. E considera que, nesse sentido, é preciso refletir que a introdução de inovações nas práticas de comunicação e educação em saúde é um grande desafio, pois aponta para mudanças nas formas de realizar essas práticas no sistema de saúde brasileiro.

Oliveira (2004) lembra que é nítida a concentração de poder simbólico e material no polo institucional, ou seja, no espaço da gestão. Ressaltando que isso nem sempre se dá, mas em sua maioria é o que prevalece. O autor ressalta que essa situação distancia-se bastante das proposições dos modelos dialógicos da comunicação, e o principal desafio é tentar responder se esses modelos são possíveis ou não de serem estabelecidos ou implantados no todo ou em parte. Sendo esta a comunicação adequada e desejável ao processo de participação popular no Sistema Único de Saúde e, em particular, nos conselhos de saúde. O autor observa que o desafio de se entender e analisar a importância e a necessidade da comunicação para a participação popular não deve se restringir ao universo acadêmico, mas também incluir os conselheiros de saúde de todo o Brasil. E que não basta constatar a necessidade da comunicação e da informação, mas passar desse estágio para outro, em que sejam efetivadas políticas, processos e recursos de comunicação e informação, preferencialmente dialógicos, para o exercício democrático do controle social e da participação popular no SUS.

Camargo-Borges e Mishima (2009) apontam a importância das práticas dialógicas na promoção de relações mais colaborativas entre trabalhadores de saúde e usuários. E trazem a “responsabilidade relacional” como um conceito teórico/prático do construcionismo social, em que esse é um discurso que se interessa pela investigação do que acontece entre as pessoas nos seus encontros e de como ocorre a construção de sentidos sobre as coisas nas suas relações. O construcionismo social se baseia na perspectiva da construção dialógica do conhecimento, em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento geram diversas histórias e resultados. Nesse sentido, a “responsabilidade relacional” é uma ferramenta que dá sustentação ao construcionismo social como uma teoria relacional e como recurso promotor de novas possibilidades em saúde. Os autores acreditam que uma intervenção mais dialógica pode gerar oportunidades de novas formas de relacionamento entre trabalhador de saúde e comunidade. Da parte dos profissionais, uma relação mais próxima em que eles sejam mais do que simples produtores de técnicas a serem aplicadas, o que acaba por afastá-los de uma interação espontânea e envolvida com os usuários/população. Da parte da comunidade, uma relação menos passiva, em que as pessoas possam se comprometer mais ativamente com os projetos para a saúde local.

Oliveira et al. (2007) observam, ao concluir a pesquisa apresentada no artigo, que a opinião dos profissionais de saúde a respeito do cartaz sobre DST/AIDS foi diferente da dos usuários. A partir disso, os autores percebem a necessidade de refletir sobre os modos de elaboração e utilização dos cartazes de saúde; estes devem considerar, além da finalidade social, não só o ponto de vista dos produtores, mas também o dos profissionais e da população a que se destinam.

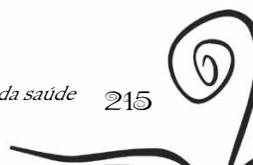
Cyrino e Cyrino (1997) ressaltam outros empecilhos à participação social, como a falta de informação aos servidores da saúde e à comunidade a respeito do funcionamento dos Conselhos de Unidades de Saúde.

Langdon et al. (2006) abordam, também, a falta de comunicação entre os agentes indígenas de saúde (AIS) e o resto da equipe, que reforça os conflitos e a ambiguidade gerados tanto para os agentes quanto para a comunidade e os profissionais de saúde. Apesar de os AIS serem

definidos como representantes da comunidade que participam nos serviços e nas atividades de controle social, eles, como membros contratados da equipe, percebem que a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é sua instituição de referência, e isso pode criar uma situação de conflito de identidade entre esses agentes. Demonstrou-se no artigo de Langdon et al. (2006) que há uma falta de receptividade por parte da equipe e do gestor para a contribuição dos AIS nos processos de participação e controle social.

Pela análise dos artigos, percebe-se que são diversos os desafios encontrados nas experiências que articulam comunicação e participação social na saúde. Dentre eles, destaca-se a inconstância dos trabalhadores nos espaços de participação e a ação da mídia como pontos que precisam ser superados. Matos, Meneguetti e Gomes (2009) ressaltam que a instabilidade na participação dos radiocomunicadores dificultou a formação dos grupos de trabalho, com decorrências negativas para o processo educativo com a comunidade.

Segundo Bydlowski, Westphal e Pereira (2004), os meios de comunicação acabam sendo um elemento dificultador para a promoção da saúde, pois se distanciam dos problemas que realmente afligem a população e da sua causalidade múltipla. Raramente os meios de comunicação consideram as vozes dos movimentos populares de saúde e dos trabalhadores para difusão de práticas promotoras de saúde; ao contrário, só procuram notícias contundentes e negativas, que vendam o jornal ou a revista ou aumentem a audiência do rádio ou da televisão. Os autores afirmam que seria muito importante uma cooperação destes meios de comunicação para contribuir nesse processo de luta pela promoção da saúde, porém o compromisso destes com a promoção da saúde é praticamente nulo. Em algumas situações, pode-se até dizer que estes meios colocam-se contra certos pressupostos da Promoção da Saúde. Porém, Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) consideram que o grande desafio a ser resolvido é a definição de novos valores sociais, um problema de dimensão filosófica. O que significa enfrentar o dualismo e a alienação e, assim, abrir caminho para a adoção de estratégias de Promoção da Saúde que privilegiam uma visão ampla e equitativa da realidade.



De forma geral, nota-se um grande avanço no campo teórico, que aponta para um modelo de comunicação mais participativo, em que todos são considerados interlocutores, já que todos possuem saberes. Passa-se a desconsiderar que somente um dos polos é detentor de conhecimento, tornando a comunicação mais dialógica. Porém, estes avanços não são acompanhados por uma mudança prática, pois ainda perduram os modelos hegemônicos, unidirecionais, que consideram somente um dos polos como detentor de saber.

Como dito, o SUS é fruto da luta política por um sistema democrático que define a saúde como um direito de todos. Contudo, muitos de seus objetivos ainda não foram alcançados e, dentre os desafios, encontramos a comunicação e a participação caminhando juntas, como se houvesse uma dependência entre ambas, no sentido de que a comunicação deve ser participativa e a participação comunicativa. Os artigos analisados no decorrer desta pesquisa evidenciaram essa relação, que precisa ser mais bem compreendida nos processos de mediação que permeiam a organização das práticas de gestão e atenção no campo da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Inesita Soares de. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface*, v. 8, n. 14, p. 165-177, set. 2003-fev. 2004.
- _____; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. (Temas em Saúde).
- BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf. Acesso em: 16 fev. 2012.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 14-24, abr. 2004.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 29-41, mar. 2009.

CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. Reivindicações sociais durante a ditadura apontam a necessidade de democratização. *Revista Poli – Saúde, Educação e Trabalho*, v. 1, n. 1, p. 4-7, set.-out. 2008.

CYRINO, Antonio Pithon; CYRINO, Eliana Goldfarb. Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu. *Interface*, v. 1, n. 1, p. 157-168, ago. 1997.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e teorias de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface*, v. 14, n. 34, p. 633-646, set. 2010.

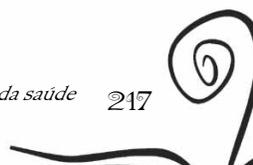
LANGDON, Esther Jean et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2.637-2.646, dez. 2006.

MATOS, Marina Ruiz de; MENEGUETTI, Luiz Carlos; GOMES, Ana Luisa Zaniboni. Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface*, v. 13, n. 31, p. 437-447, set. 2009.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 56-69, ago. 2004.

OLIVEIRA, Vânia Lúcia Bezerra et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. *Texto Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-293, jun. 2007.

RANGEL-S, Maria Ligia. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle – propostas inovadoras. *Interface*, v. 12, n. 25, p. 433-441, jun. 2008.



CARLOS CHAGAS E A DESCOBERTA DA DOENÇA DE CHAGAS: A GRANDE DESCOBERTA E O ESTUDO DO AGENTE ETIOLÓGICO

Gabriel Henrique Duarte e Silva¹

INTRODUÇÃO

Carlos Ribeiro Justiniano Chagas nasceu no ano de 1878, em Oliveira, Minas Gerais. Ao iniciar seus estudos, ingressou em colégios católicos, para posteriormente estudar engenharia, sonho de sua mãe. Entretanto, sua real vontade era cursar Medicina, o que o levou a desistir do sonho de sua mãe (CHAGAS FILHO, 1993). No ano de 1903 desenvolveu como tese de doutorado para sua formação médica a dissertação “*Estudos hematológicos no impaludismo*”, tendo como orientador Oswaldo Cruz² (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000).

A descoberta do *Trypanosoma cruzi* deve-se, mesmo que indiretamente, à especialização do Dr. Carlos Chagas em Impaludismo, como era conhecida a malária naqueles tempos. Seu aprimoramento no assunto possibilitou a ida de Chagas e sua equipe em junho de 1907 para a pequena cidade de Lassance, que passava por um processo de obras intenso por causa da construção da Estrada de Ferro Central do Brasil, com o objetivo de combater uma epidemia de malária. No decorrer das atividades de profilaxia, observava e examinava algumas espécies de ani-

¹ Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). Atualmente cursa Ciências Biológicas na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação dos professores-pesquisadores Flávia Coelho Ribeiro (doutora em Pesquisa Clínica em Doenças Infeciosas) e Marcos Antônio Pereira Marques (mestre em Microbiologia Veterinária), ambos do Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais de Saúde (Latec). Contato: biel_underline@hotmail.com.

² Oswaldo Gonçalves Cruz foi um médico com especialização em bacteriologia no Instituto Pasteur de Paris. Responsável por diversas campanhas sanitárias no Brasil no início do século XX (contra a febre amarela, por exemplo). Atualmente é reconhecido como um dos maiores sanitaristas brasileiros.

mais devido ao seu grande interesse pela entomologia e pela protozoologia (KROPF, 2009).

Em uma viagem a Pirapora, Chagas identificou um inseto sugador de sangue muito comum na região, apelidado de barbeiro. O barbeiro alojava-se em casas com paredes de barro (pau-a-pique) e casebres de palha, habitados pelas famílias mais pobres, sobretudo em áreas rurais atacando o homem à noite (BRENER; ANDRADE; BARRAL-NETO, 2000).

Chagas, que sabia da importância de insetos sugadores de sangue em patologia humana e veterinária como transmissores de espécies parasitárias mórbidas, resolveu examinar os barbeiros da região, deparando-se com formas flageladas de um protozoário em seus intestinos (CHAGAS FILHO, 1993).

Em 1908, foi identificada a presença de protozoários no sangue de um sagui os quais apresentavam certas características que o fizeram pensar que poderiam ser uma fase evolutiva do *Trypanosoma minasense*, recém-identificado por ele. Por causa da falta de condições experimentais, visto que Chagas e sua equipe se encontravam em uma instalação improvisada em um vagão de trem, para esclarecer a nova tripanossomíase, foram enviados alguns insetos ao Rio de Janeiro para serem inoculados em animais de laboratórios, onde foi encontrado um novo tripanossomo no sangue de um dos animais (VERONESI, 1982). Ao voltar para Manguinhos, a fim de realizar uma análise mais concreta do tripanossomo encontrado, percebeu não ser ele o *minasense*, mas uma nova espécie, que foi nomeada *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz (KROPF, 2009).

No ano de 1909, Carlos Chagas descreveu então uma nova doença humana, identificando o protozoário que a causava, batizado de *Trypanosoma cruzi*, e o vetor responsável pela sua disseminação, um inseto hematófago popularmente conhecido como barbeiro, muito comum no interior de casas feitas de pau-a-pique, típicas de áreas rurais mais humildes do Brasil, onde sua instalação era facilitada pela presença de frestas nas paredes (VERONESI, 1982). A descoberta completa (agente etiológico, ciclo do parasito e patologia causada pela presença dele no organismo), nunca realizada antes por um único cientista, foi e ainda é considerada uma das maiores realizações da ciência no mundo, impul-

sionando conseqüentemente o crescimento do Brasil na área da medicina experimental (KROPF, 2009).

O vetor da doença de Chagas é o barbeiro, um triatomíneo hematófago geralmente de hábitos noturnos, capaz de transmitir o agente etiológico ao sugar o sangue de um organismo infectado (BRENER; ANDRADE; BARRAL-NETO, 2000). Este armazena o parasito em seu intestino e durante a sucção de sangue o elimina nas fezes, infectando sua vítima. Em algumas regiões é possível associar a transmissão da doença com costumes culturais da população local, que provavelmente levariam a um aumento na incidência de casos da doença (KROPF, 2009).

O *Trypanosoma cruzi* possui um grande período de vida, podendo ser detectado no sangue de pacientes infectados que não foram tratados de maneira correta, criando uma possibilidade, ainda que baixa, de transmissão da infecção por meio de transfusão sanguínea. Outros possíveis meios de transmissão da doença são a transplacentária e a oral, porém estes também não são meios muito eficazes de transmissão (BRENER; ANDRADE; BARRAL-NETO, 2000).

A doença de Chagas, ou tripanossomíase americana, é uma zoonose do continente americano, que atinge cerca de 8 milhões de pessoas nas Américas do Sul e Central e apresenta 300 mil novos casos por ano. Exibe uma grande variedade de manifestações, como a cardiopatia chagásica e a dilatação de órgãos cavitários que afetam principalmente o aparelho digestivo (REY, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil há predominância de indivíduos na fase crônica da doença de Chagas, pois devido ao controle do vetor houve uma diminuição na principal forma de transmissão. Entretanto, existem ainda cerca de três milhões de indivíduos infectados em todo o país.

A VIDA DE CARLOS CHAGAS

Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, primogênito de José Justiniano Chagas e Mariana Cândida Ribeiro de Castro Chagas, nasceu no dia 9 de julho de 1878 na Fazenda Bom Retiro, próxima à pequena cidade de

Oliveira, no oeste do estado de Minas Gerais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000).

Seu pai morreu quando Carlos Chagas tinha apenas 4 anos de idade, deixando sua mãe com a responsabilidade de criar Carlos e seus três irmãos (José, morto aos 4 anos de idade, quando brincava com Carlos, Marieta e Serafim). Chagas passou a viver então em outra propriedade da família, na Fazenda Bela Vista (localizada em Juiz de Fora), para que sua mãe pudesse conduzir o cultivo de café iniciado por seu pai. Sua infância ficou dividida entre as duas fazendas, deslocando-se de uma para outra (CHAGAS FILHO, 1993).

Em Oliveira, a convivência com seus tios maternos Cícero, Olegário e Carlos (Calito) foi fundamental para o ingresso e crescimento de Chagas nos estudos, pois estimulavam o sobrinho com o intuito de que obtivesse uma boa instrução. Calito era médico e fundador de uma casa de saúde em Oliveira, que atendia pacientes de toda a região oeste de Minas. A proximidade com Calito foi uma das principais influências de Chagas para seguir na área médica, pois além de ser um médico muito bem reconhecido, era bastante generoso com seus pacientes, principalmente com os que não possuíam muitas condições para pagamentos (CHAGAS FILHO, 1993).

Diversas características das cidades onde cresceu foram fundamentais para a formação de Carlos Chagas como indivíduo, dentre elas, a convivência direta com distintas classes sociais (como as crianças dos colonos e os filhos de escravos) e com as doenças das regiões. Tais características são passíveis de associação com a não discriminação e a preocupação com doenças infecciosas, sem se preocupar com a classe social à que pertenciam as pessoas em questão.

Aos 8 anos de idade e já alfabetizado, Chagas foi matriculado no Colégio de São Luís, no qual seu tio Cícero estudou, em Itu, interior de São Paulo, mas não estava muito satisfeito com a rigidez e severidade do internato. No ano de 1888, Chagas foi expulso do colégio ao fugir para Oliveira, preocupado com a segurança de sua mãe, depois de receber a notícia de que os escravos liberados estariam depredando fazendas na região. Entretanto, não dispunha de recursos necessários para chegar até

lá e, durante o caminho, foi alcançado por sacerdotes do colégio. Logo após o incidente, Chagas foi matriculado no Colégio São Francisco, na cidade de São João Del Rey (localizada entre Juiz de Fora e Oliveira), deparando-se com um ambiente completamente diferente de seu antigo colégio (KROPF, 2010).

No colégio São Francisco, fez amizade com o padre Sacramento, grande homem e professor, que, com sua peculiar maneira de conhecer e ensinar sobre a vida e a natureza, despertou em Chagas a curiosidade pela Biologia, decisiva em certos momentos para a descoberta da doença de Chagas (CHAGAS FILHO, 1993).

Com o término de seu curso em São João, Chagas entrou no curso preparatório para a Escola de Minas de Ouro Preto, satisfazendo a vontade de sua mãe em vê-lo formado em engenharia, pois ela pensava que o país precisava de um melhor aproveitamento da exploração de jazidas minerais para crescer. Isso era contra a vontade de Chagas, uma vez que possuía uma inclinação para a área médica, porém não queria desrespeitar o pedido de sua mãe (CHAGAS FILHO, 1993).

Desacostumado com a grande liberdade que encontrou em Ouro Preto, entregou-se à vida boêmia, e isso atrapalhou os seus estudos (KROPF, 2010). Como consequência, não obteve êxito para entrar no exame vestibular e voltou bastante doente e abalado para Oliveira, onde recebeu os cuidados necessários, não só do ponto de vista de médico, mas também de amigo, de seu tio Calito. Bons foram os resultados, pois, além de curar-se da doença, suas conversas foram determinantes para que Chagas tivesse coragem de fazer o que realmente possuía vocação e, com o consentimento de sua mãe, seguiu para o Rio de Janeiro para estudar medicina (CHAGAS FILHO, 1993).

Ao chegar ao Rio de Janeiro no final do século XIX, defrontou-se com uma cidade repleta de moléstias endêmicas e sobre condições sanitárias extremamente precárias, principalmente para uma capital federal. Segundo Fonseca (2008), na concepção de médicos da época, a principal causa das doenças endêmicas e da dimensão das epidemias era o tipo de clima (quente e úmido), a falta de saneamento básico de qualidade, a disposição imprópria das ruas e dos edifícios e do ordena-

mento dos morros, que impediam uma boa renovação do ar. A febre amarela e a varíola eram umas das principais epidemias na cidade, pois levava muitos cidadãos à morte e repelia a vinda de estrangeiros, principalmente europeus, havendo a possibilidade de causar um sério problema econômico no país (OLIVEIRA, 2005). O saneamento básico urbano era, então, um caso de urgência para garantir o progresso do país.

No início do século XX, a cidade passou então por sérias reformas com o intuito de melhorar a qualidade da saúde populacional. Concomitante a este pensamento reformista, a medicina nacional começava a aderir às ideias da microbiologia de Louis Pasteur³ e, conseqüentemente, houve uma queda considerável na crença das teorias climatológicas da tradição higienista (KROPF, 2010). Com grandes avanços a respeito do tratamento de doenças causadas por microrganismos, grandes médicos passaram a incluir a medicina experimental no ensino universitário, na qual a pesquisa era fundamental para a identificação de novidades médicas e aprofundamento de conhecimentos, criando-se assim os primeiros biotérios no Brasil (CHAGAS FILHO, 1993).

Carlos Chagas realizou seu curso de medicina durante este período de renovação na medicina brasileira, portanto não é difícil perceber o porquê de sua grande qualidade em pesquisa e experimentação (KROPF, 2010). Um de seus maiores mestres na área clínica foi o Dr. Miguel Couto,⁴ que fazia questão de ensinar e aconselhar Chagas até nos mínimos detalhes. Entretanto, Francisco Fajardo pode ser considerado uma figura mais importante no que diz respeito a este estudo, pois introduziu Chagas no estudo experimental das doenças tropicais, principalmente a malária (CHAGAS FILHO, 1993). O estudo dessa moléstia foi essencial para o interesse de Chagas em pesquisa, pois proporcionou uma aproximação com Oswaldo Cruz na realização

³ Cientista francês responsável pela criação da microbiologia. Seus experimentos deram fundamento para a teoria microbiológica das doenças. Ficou famoso por inventar um método para impedir que leite e vinho fossem contaminados por microrganismos, denominado pasteurização.

⁴ Miguel de Oliveira Couto foi um médico clínico geral, político e professor brasileiro de grande expressão.

de sua tese de doutorado “Estudo hematológico do impaludismo”⁵ em 1903 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000).

REALIZAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE

Com base em sua produção de tese de doutorado, Chagas passa a ser bastante requisitado por Oswaldo Cruz, principalmente para cuidar de assuntos referentes à malária. Em março de 1905, foi incumbido da missão de controlar a epidemia de malária no município de Itatinga, no estado de São Paulo (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000). A doença acometia uma enorme quantidade de trabalhadores da Companhia Docas de Santos, que realizava obras para o desenvolvimento da empresa na região, interrompendo por diversas vezes as obras (CHAGAS FILHO, 1993).

Chagas seguiu para Itatinga, aonde em menos de três meses realizou a primeira campanha próspera de profilaxia da malária no Brasil, introduzindo procedimentos novos em sua campanha, como a profilaxia antipalúdica domiciliária, fazendo então as primeiras fumigações com DDT,⁶ que seriam inseridas em futuras campanhas similares e renderiam uma grande projeção no círculo científico. Ele acreditava que para finalizar a propagação da doença em regiões que não havia ações sistemáticas de saneamento não bastava apenas o antigo combate ao mosquito – que inclusive acabavam lançando substâncias tóxicas na natureza. Era necessário concentrar as medidas preventivas nos locais onde viviam os homens e os mosquitos infectados com o parasito da malária (CHAGAS FILHO, 1993).

Após o sucesso de seu trabalho em Itatinga, Chagas volta para a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) no Rio de Janeiro e, em 19 de março de 1906, passa a trabalhar no Instituto Vacinogênico – que futuramente passaria a ser chamado de Instituto Oswaldo Cruz (CHAGAS FILHO, 1993). No ano seguinte de seu ingresso no Instituto, trabalhou

⁵ Impaludismo era a maneira como a malária era denominada na época.

⁶ DDT (diclorodifeniltricloroetano), primeiro pesticida moderno; recentemente seu uso foi proibido por organizações de saúde de todo o mundo por causa do seu alto nível de toxicidade.

junto com os pesquisadores Arthur Neiva⁷ e Gomes Faria⁸ no saneamento da Baixada Fluminense, especificamente no vale do Xerém, local de obras que tinham por finalidade captar água para o Rio de Janeiro. Obteve, assim, mais um sucesso na utilização de sua teoria de medidas preventivas contra a malária (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000).

Como possuía créditos de sobra com Oswaldo Cruz, em 1907 Chagas foi convidado a seguir com o médico Belisário Penna⁹ para controlar uma epidemia de malária no norte de Minas Gerais – no vale do Rio das Velhas, que acometia os operários trabalhadores da construção da Estrada de Ferro Central do Brasil, onde mais tarde descobriria o agente etiológico da doença de Chagas (VERONESI, 1982).

Após a descoberta da nova doença, houve uma grande repercussão da façanha e Chagas, que já impressionava com seus pensamentos baseados em teorias pasteurianas nos cuidados com a malária, ganhou ainda mais status em sua carreira científica e para o Instituto de Manguinhos, levando-o a tornar-se membro da Academia Brasileira de Medicina em 1910. Neste mesmo ano, Oswaldo Cruz preencheria a posição de chefe de serviço, já que Rocha Lima¹⁰ estava a trabalho na Alemanha. Chagas foi selecionado para esta posição, principalmente por ter grandes conquistas científicas e ter realizado, em um período de tempo bem próximo, uma descoberta de maneira única (KROPF, 2010). Realizou ainda expedições na bacia Amazônica para analisar as condições de saúde da região, deparando-se com sérios problemas de abandono tanto médico quanto social em que viviam as populações, principalmente com relação a doenças infecciosas como a malária, que matavam uma enorme quantidade de pessoas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

⁷ Arthur Neiva foi um cientista, etnógrafo e político brasileiro. Dedicou-se à profilaxia e à entomologia médicas, tornando-se afamado conhecedor de barbeiros. Foi o primeiro a descrever uma espécie de barbeiro.

⁸ José Gomes de Faria foi um médico que ganhou destaque pela descoberta do verme *Ancylostoma brasiliensis*, um parasito de cães e gatos, que causa a dermatite serpiginosa no homem.

⁹ Belisário Augusto de Oliveira Penna foi um médico sanitariano brasileiro; colaborou no combate à febre amarela, malária e outras doenças no Brasil.

¹⁰ Henrique da Rocha Lima foi médico e um dos primeiros frequentadores do Instituto Oswaldo Cruz (até então conhecido como Instituto de Manguinhos), contribuindo significativamente para a projeção do Instituto. Tornou-se conhecido por descobrir a causa do tifo epidêmico.

A descoberta da doença virou então um dos principais combustíveis do Instituto que estava crescendo bastante, sendo reconhecida em diversas partes do mundo, até mesmo na Europa, onde se encontravam grandes cientistas que inclusive passariam a trabalhar ou visitar o instituto com bastante frequência. Um fator essencial, que também alavancaria a carreira de Chagas e o Instituto, foi a entrega do Prêmio Schaudinn pelo Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo, referente a grandes realizações em protozoologia (CHAGAS FILHO, 1993).

O ano de 1916 foi de grande importância para Chagas e a credibilidade da descoberta da doença de Chagas. Isso porque seguiu para a Argentina com a finalidade de esclarecer a existência da doença, posta em dúvida pelo pesquisador Rudolph Kraus.¹¹ Os argumentos de Kraus foram desmentidos por Chagas e, algum tempo depois, Salvador Mazza¹² e Cecílio Romaña¹³ confirmaram a tese de Chagas (CHAGAS FILHO, 1993).

Com a triste notícia da morte do grande mestre e amigo Oswaldo Cruz no ano seguinte, veio também a sua nomeação como diretor do Instituto de Manguinhos. Na direção do Instituto buscou ao máximo repetir o feito por Oswaldo Cruz e melhorar algumas questões de acordo com seu jeito, resultando na criação de mais biotérios e cursos de especialização em medicina experimental, com a intenção de investigar ao máximo sobre epidemias. Uma das primeiras medidas, de grande importância, foi a criação do hospital Oswaldo Cruz, que recebia principalmente pacientes chagásicos (KROPF, 2010). Incentivou também a produção de fármacos dentro do próprio Instituto ao criar o Pavilhão de Química, no qual buscava vender os produtos por baixo preço e voltar a renda para a pesquisa, além de ampliar o número de setores e trabalhadores (CHAGAS FILHO, 1993).

¹¹ Rudolf Kraus foi um médico austríaco. Pouco antes da Primeira Guerra Mundial deixou a Áustria e passou dez anos na América do Sul, realizou importantes atividades microbianas e formou um grupo de estudantes. Nesse tempo, ele atuou como diretor do Instituto Bacteriológico em Buenos Aires e do Instituto de Santiago.

¹² A principal realização de Mazza neste ponto foi a investigação de ataque de vetores da doença de Chagas, o barbeiro. Identificou que um dos principais fatores para a expansão da doença era a existência de condições educacionais e de higiene urbana e rural precárias.

¹³ Cecílio Romaña foi um importante tropicologista argentino colaborando na área clínica, no controle e na patologia da doença de Chagas entre 1930 e 1960. Descreveu o complexo oftalmoganglionar, popularmente conhecido como sinal de Romaña.

Em 1918, mais uma vez a capital se encontrava sob o risco de uma doença de larga escala, a gripe espanhola. Chagas foi encarregado de combater, de acordo com seu pensamento sanitarista, a epidemia. A epidemia gerou preocupação por parte do governo, que solicitou a reformulação da saúde pública brasileira para Chagas, levando a uma maior liberdade e responsabilidade do Instituto em relação à produção de medicamentos e cuidados relativos a epidemias e a uma nova reforma sanitarista, que começaria no ano de 1920. A velha DGSP dava lugar ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob a direção de Chagas, que possuía grande foco no sanitarismo e na batalha contra endemias rurais, tuberculose, hanseníase e doenças venéreas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009). Tais mudanças e uma maior confiança em Chagas resultaram em uma melhor divisão do trabalho e expansão do Instituto para outros estados, como Minas Gerais e Maranhão.

Em 1921 Chagas ainda teve passagens pela americana Universidade de Harvard para expor seus conhecimentos sobre medicina tropical, onde foi o primeiro brasileiro a ganhar o título de doutor *honoris causa* (CHAGAS FILHO, 1993). Continuou nos Estados Unidos para aprimoramento de seus conhecimentos e, em seguida foi para o Canadá, tomando ciência do isolamento da insulina com os cientistas Frederick Banting¹⁴ e Charles Best.¹⁵ Por coincidência, pouco tempo depois de sua volta, sua esposa descobriu que estava diabética e Chagas, que já conhecia a insulina, conseguiu acompanhar bem seu tratamento.

Carlos Chagas sempre foi bastante homenageado pelos seus feitos, porém, a homenagem mais satisfatória para ele ocorreu em 1921, proporcionada pelo rei Alberto da Bélgica quando visitava o Rio de Janeiro (CHAGAS FILHO, 1993).

O ano de 1925 foi muito significativo na carreira de Carlos Chagas, pois este virou membro do corpo docente de medicina da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com grande enfoque no ensino da medicina tropical e teorias higienistas. Além de virar

¹⁴ Frederick Grant Banting foi reconhecido como um dos descobridores da insulina. Formou-se em medicina e ganhou o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina de 1923.

¹⁵ Charles Herbert Best foi um fisiologista canadense assistente de Frederick Banting na descoberta da insulina. Realizou importantes pesquisas sobre sangue e diabetes.

professor da universidade, Chagas fundou o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, voltada para os conhecimentos na área de microbiologia. Também nesse ano, Chagas recebeu o importante Prêmio Kummel, da Universidade de Hamburgo (KROPPF, 2010).

Ainda por cima, Carlos Chagas foi representante brasileiro em múltiplos comitês internacionais, sobretudo como componente fixo do Comitê de Higiene da Sociedade das Nações – futura Organização Mundial da Saúde (OMS), após sua nomeação em 1925 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Durante todo o resto de sua vida Carlos Chagas não parou de receber homenagens e premiações, não somente pela descoberta da doença de Chagas – apesar deste ser o principal motivo – mas também por todo o progresso que proporcionou à medicina experimental e ao sanitarismo no Brasil, transformando o país e o Instituto Oswaldo Cruz em grandes referências por todo o mundo.

A DESCOBERTA DA DOENÇA

A descoberta da doença de Chagas não foi encarada simplesmente como “mais uma novidade”. Desempenhou papel fundamental para a ciência no Brasil, pois devido à expressividade de sua descoberta maiores recursos foram voltados para essa área e houve um aumento significativo no incentivo para aniquilar doenças que impediam o progresso, principalmente nas áreas mais afetadas.

Apesar da crença de que no início de sua descoberta a doença não seria muito importante, a maneira única como Carlos Chagas realizou a descoberta e sua forte incidência e taxa de mortalidade abateram este pensamento, sendo este feito bastante reconhecido e aclamado em todo mundo.

Carlos Chagas consagrou-se como o único cientista na história da medicina a estabelecer a etiologia e o ciclo parasitário, descrever a moléstia e seu diagnóstico e identificar reservatórios domésticos e silvestres do *Trypanosoma cruzi* concluindo todas as características epidemiológicas e patológicas fundamentais (REY, 2008).

HISTÓRICO DA DESCOBERTA

Em 1907, Carlos Chagas é convocado pelo mestre Oswaldo Cruz para ir com Belisário Penna cuidar de mais uma epidemia de malária, sua especialidade, que novamente dificultava uma obra importante no Brasil. Dessa vez, os alvos da malária foram os trabalhadores envolvidos na construção da Estrada de Ferro Central do Brasil em Minas Gerais, na região do rio das Velhas, que tinha por objetivo expandir a ferrovia do Rio de Janeiro até Belém do Pará, fazendo uma ligação do sudeste do país com o norte (COURA; FERREIRA; PARAENSE, 2000).

Chagas e sua equipe de pesquisadores ficaram alojados em um vagão de trem na pequena cidade de Lassance, antigo povoado de São Gonçalo das Tabocas, organizando um laboratório bem simples ali mesmo. Fazia uso também da marquise de uma casa abandonada para atender pessoas afetadas com a moléstia (KROPF, 2009).

A população local frequentemente reclamava de incômodos na região do coração, que apontavam para um problema de insuficiência cardíaca, com um grande número de pessoas espontaneamente, ou seja, tendo morte súbita (CHAGAS FILHO, 1993).

Chagas sempre teve um espírito investigativo muito forte e, devido a sua formação voltada para experimentação e pesquisa, analisava diversas espécies de animais da região para saber da possível existência de reservatórios de parasitos. Foi então que, no ano de 1908, encontrou um protozoário ao examinar o sangue de um sagui. Por já ter contato com o tipo de parasito em questão que vinha em ascensão de estudo, principalmente pelo recente conhecimento de doenças causadas por ele (a doença do sono causada pelo *Trypanosoma brucei*, por exemplo) identificou-o como sendo constituinte do gênero *Trypanosoma*, nomeando de *Trypanosoma minasense*, não patogênico (COUTINHO; DIAS, 1999).

Posteriormente, Chagas foi informado por Cantarino Motta¹⁶ da presença em massa de um inseto nas paredes de casas humildes do interior, constituídas de pau a pique, que possuíam frestas nas quais os insetos se abrigavam e reproduziam (VERONESI, 1982). Este inseto era denomi-

¹⁶ Cantarino Motta, chefe da comissão de engenheiros da Estrada de Ferro Central do Brasil.

nado de barbeiro na região, isso porque sugava o sangue de suas vítimas, principalmente, no rosto (CHAGAS FILHO, 1993).

Curioso com os hábitos deste inseto, Chagas iniciou análises em seu laboratório improvisado para verificar o potencial de transmissão de doenças do mesmo, já que conhecia de experiências anteriores a capacidade de contaminação de insetos hematófagos, como o mosquito na malária (VERONESI, 1982). Suas previsões estavam certas, o inseto realmente transportava um parasito em seu organismo, mais especificamente em seu intestino posterior.

Entretanto, Chagas esbarrava em um sério problema de estrutura do local onde se encontrava, com escassez de recursos necessários para uma pesquisa mais aprofundada do inseto e de saguis para a realização de experiências (pois os saguis da região podiam estar contaminados com outros parasitos). Fez-se então necessário o envio de alguns barbeiros contaminados para o Instituto de Manguinhos, onde Oswaldo Cruz e sua equipe ficaram responsáveis por tentar infectar um macaco da espécie *Callithrix penicillata* através da picada do inseto (COURA; FERREIRA; PARAENSE, 2000). Aproximadamente 30 dias depois da picada já era possível identificar uma grande quantidade de tripanossomos encontrados anteriormente no barbeiro, diferente de todas as espécies já conhecidas, no sangue periférico do animal (KROPF, 2009).

De início, acreditava-se ser o parasito em questão o *Trypanosoma minasense*, ou alguma forma evolutiva deste. Porém, com pesquisas mais detalhadas, ficava perceptível uma diferença morfológica entre o novo parasito e o *Trypanosoma minasense*, além do desenvolvimento de sintomas característicos de uma doença – não ocorridos nos macacos contaminados com o *Trypanosoma minasense* (COUTINHO; DIAS, 1999). Este parasito ficou distinguido como uma nova espécie, o *Trypanosoma cruzi*, batizado por Chagas (que voltou para o Rio de Janeiro a pedido de Oswaldo Cruz para analisar a infecção experimental) em homenagem a Oswaldo Cruz (CHAGAS FILHO, 1993).

Ao reconhecer o novo parasito, volta depressa para Lassance a fim de investigar melhor as condições da cidade e, como já tinha experiência nos cuidados com a malária, sabia que a presença de barbeiros nas casas

podia resultar na contaminação de humanos que ali viviam, pois estes estavam frequentemente expostos ao inseto. Desconfiou que este inseto pudesse ser o causador de todos os incômodos relatados pela população local e, ao chegar, descobriu sua presença em animais domésticos (cães e gatos) e silvestres (tatu), aumentando mais ainda sua desconfiança (CHAGAS FILHO, 1993).

Pesquisou inúmeras vezes e em diversos pacientes que não estavam bem de saúde e tinham residência com presença do barbeiro, porém não obteve êxito inicialmente devido a uma falha relatada posteriormente como a pesquisa em apenas uma gota de sangue ou em pacientes da forma crônica (VERONESI, 1982). Contudo, no primeiro semestre do ano de 1909, Carlos Chagas examinou uma pequena menina suspeita de ter contraído malária, Berenice, encontrando em seu sangue a presença de um parasito na fase aguda da doença, a primeira relatada em um ser humano (KROPF, 2009).

Assim, Berenice ficou conhecida como o primeiro episódio relatado da Tripanossomíase americana, ou doença de Chagas. Análises do estado de Berenice, feitos a partir de um xenodiagnóstico 53 anos após a descoberta, relataram ainda a presença do parasito em seu sangue. Entretanto, Berenice não apresentava nenhuma manifestação da doença, característica da fase indeterminada da doença. Berenice faleceu aos 75 anos de idade, com motivo sem possível atribuição à infecção pelo *Trypanosoma cruzi* (NEVES, 2004).

Desta maneira houve a descoberta única na história da medicina, com a identificação do vetor (barbeiro), do agente etiológico (*Trypanosoma cruzi*), dos reservatórios doméstico e silvestre do protozoário (gato e tatu) e da presença e ação do parasito em humanos (Berenice), pelo cientista Carlos Chagas (REY, 2008). A descoberta concretizaria a formação da protozoologia no Brasil como um dos mais respeitáveis setores da medicina experimental do Instituto de Manguinhos (CHAGAS FILHO, 1993).

A DOENÇA DE CHAGAS

Já foi comprovada a presença do *Trypanosoma cruzi* em habitantes do continente antes mesmo do descobrimento das Américas. Informações

paleoparasitológicas apontam para a existência de infecção pelo parasito em múmias Chinchorro, no Peru, de aproximadamente 9 mil anos, descritas por Arthur Aufderheide e colaboradores em 2004, e de uma múmia no Brasil, de aproximadamente 7 mil anos, recentemente descrito por Lima e colaboradores (ARAÚJO; SABROZA; SILVA, s.d.). É possível então, estabelecer uma associação do alastramento da doença ao processo de expansão territorial do homem, como a colonização europeia nos países da América Latina e Central. Pois a chegada do homem e os processos de colonização causaram desequilíbrios ecológicos com desmatamentos e os barbeiros perderam seu habitat natural, migrando para habitações humanas.

Atualmente, a doença de Chagas é um sério problema de saúde pública principalmente nas áreas mais pobres, sobretudo em áreas rurais, da América Latina e do Caribe (NEVES, 2004). Contudo, nos últimos anos esta doença possui grande propagação em países como Estados Unidos e Espanha, que recebem uma grande quantidade de imigrantes latino-americanos, muitas vezes infectados, podendo transmitir a doença. Uma possível maneira de transmissão da doença nesses países é a transfusão de sangue, pois devido ao fraco controle dos bancos de sangue, deixava os receptores de sangue vulneráveis.

A doença de Chagas pode ser transmitida pela já citada transfusão sanguínea, de mãe para filho (transplacentária), via oral, ou pelo ato sexual, porém a forma mais comum de transmissão é a vetorial (REY, 2008).

Epidemiologia

Segundo dados recentes da Organização Mundial de Saúde, existem cerca de 10 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, sendo que 8 milhões só nas Américas (sendo 3 milhões de casos no Brasil). A disseminação do *Trypanosoma cruzi* é muito abrangente no continente americano, estendendo-se desde o sul dos Estados Unidos até o sul de Chile e Argentina. Entretanto, sua presença é cada vez mais constante em países europeus e no Canadá, na Austrália e no Japão, causada pelo fluxo de imigrantes latino-americanos infectados por essas regiões (REY, 2008).

A forma mais eficiente de transmissão do *Trypanosoma cruzi* é a vetorial. Apesar de existirem mais de 100 espécies de triatomíneos, apenas uma pequena quantidade de espécies possui relevância epidemiológica (VERONESI, 1982).

A contaminação por transfusão de sangue já proporcionou um grande susto em algumas populações urbanas brasileiras, devido essencialmente ao desenvolvimento econômico, que proporcionou uma consequente elevação do processo de êxodo rural e atraiu moradores do campo que poderiam estar infectados para a cidade, e a falta de rigidez no controle de bancos de sangue. Porém, este quadro foi revertido com uma maior atenção para a presença do *Trypanosoma cruzi* no organismo de possíveis doadores, sendo realizados exames capazes de verificar a possível contaminação do parasito em futuros doadores.

Segundo o Ministério da Saúde, entre 2000 e 2004 foram registrados 57 casos da doença de Chagas aguda por transmissão oral. Esse número avançou para 254 entre 2005 e 2007. É possível perceber a partir destes dados, que também é necessária uma maior preocupação com os cuidados de armazenamento e uso de açai e cana-de-açúcar. É necessária maior rigidez nos cuidados para evitar maiores problemas de contaminação.

O ciclo de maior relevância do ponto de vista epidemiológico é o doméstico, pois envolve uma grande quantidade de seres humanos (BRENER; ANDRADE; BARRAL-NETO, 2000). Este ciclo é consequência da relação homem/vetor, com o triatomíneo hematófago morando com o homem. Este processo é resultado de ações humanas ao longo do ano, retirando os animais em questão de seu habitat natural (KROPF, 2009). A presença de animais domésticos também pode influenciar na transmissão da doença, já que estes também são possíveis reservatórios vertebrados (CHAGAS FILHO, 1993). O parasitismo procedente deste ciclo causa grandes danos ao ser humano e provoca um grande número de mortos (NEVES, 2004).

O ciclo natural da doença é considerado o ciclo silvestre, isso porque já ocorria sem a intervenção humana. Havia contaminação na relação barbeiro/animais silvestres como gambás, tatus, ratos etc. (BRENER;

ANDRADE; BARRAL-NETO, 2000). Com a invasão dos homens em territórios nos quais ocorria essa relação, aumenta-se o risco de contrair o parasito pela aproximação de ambas as espécies.

É válido perceber que a doença de Chagas não traz somente malefícios para o estado de saúde das pessoas, pois este processo também gera sérios reflexos na economia, já que grande parte dos infectados fica incapacitada de trabalhar. Em entrevista à DNDi¹⁷ Vídeos, alguns infectados relataram esta dificuldade, pois não conseguem arrumar emprego e, muitas vezes, falta fôlego para realizar qualquer ação, visto que o principal órgão prejudicado pela doença é o coração. Com base nisso, o é possível fazer uma associação entre os portadores da doença de Chagas e o desemprego e a aposentadoria precoce.

Agente etiológico

O agente etiológico da doença de Chagas é o *Trypanosoma cruzi* protozoário flagelado da classe Mastigophora, da ordem Kinetoplastida, família Trypanosomatidae; ele possui um flagelo e uma única mitocôndria (REY, 2008). Apresenta-se nos vertebrados sob a forma de tripomastigota no sangue periférico e como amastigotas nos tecidos, além da forma epimastigota durante a transição de amastigota para tripomastigota (VERONESI, 1982). Nos vetores invertebrados, os tripomastigotas sanguíneos transformam-se em epimastigotas no organismo do inseto, distinguindo-se em tripomastigotas metacíclicos (forma infectante), que serão eliminadas nas fezes do barbeiro (NEVES, 2004).

a) Tripomastigotas

Durante a fase tripomastigota apresenta forma alongada, medindo aproximadamente 20 μm de comprimento por 1,2 μm de largura. Seu núcleo está localizado próximo à extremidade anterior, com uma parcela livre. Possui citossomo longo e achatado com cinetoplasto¹⁸ e bolso flagelar entre o núcleo e a extremidade posterior. O flagelo percorre toda a

¹⁷ A DNDi (Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas) é uma parceria para o desenvolvimento de medicamentos sem fins lucrativos.

¹⁸ Contém, no interior da mitocôndria, de forma bastante organizada, alta concentração de um DNA especial que forma uma estrutura conhecida como cinetoplasto.

extensão do corpo aderido a uma membrana ondulante (REY, 2008).

Apresentam formas finas e largas, as primeiras apresentam rápida locomoção e são capazes de invadir as células, possuindo estruturas moleculares que assegurem o reconhecimento de receptores na célula hospedeira e a fixação e entrada do parasito. Estas formas não evoluem no tubo digestivo dos insetos. Enquanto que as mais largas não invadem as células e apresentam movimentos mais lentos, deslocando-se pouco e permanecendo por um bom tempo no sangue, pois são mais resistentes e pouco sujeitas à fagocitose pelos macrófagos. São bastante infectantes para o vetor (VERONESI, 1982).

Podem ser encontrados de duas maneiras diferentes, os tripomastigotas metacíclicos ou tripomastigotas sanguícolas. O primeiro é resultado da transformação de epimastigotas no organismo do vetor, mais especificamente entre o intestino e o reto. Possui maior assimilação com as formas finas e maior capacidade infectante em vertebrados (NEVES, 2004). Já o tripomastigota sanguícola está presente no organismo do reservatório vertebrado e não se reproduz no sangue. Apresenta uma variação morfológica característica chamada de polimorfismo. Pode ser fagocitado ou invadir diversos tipos de células, como fibras musculares estriadas cardíacas e esqueléticas, fibras musculares lisas e células nervosas (REY, 2008).

b) Epimastigotas

Os epimastigotas, de diversas dimensões, apresentam o cinetoplasto anterior ao núcleo. O cinetoplasto está situado próximo ao núcleo e o bolso flagelar abre-se lateralmente, com o flagelo próximo ao corpo pela membrana ondulante. O flagelo fica livre ao ultrapassar o corpo da célula (REY, 2008).

Não são capazes de invadir células, porém apresenta grande resistência no organismo do indivíduo e alta taxa de reprodução no vetor (NEVES, 2004).

c) Amastigotas

As formas amastigotas representam, principalmente, o período de reprodução do parasito no hospedeiro vertebrado. Apresentam pequenas dimensões e contorno aproximadamente circular ou ovoide (corpo achatado), destituídas de movimentos. Medem aproximadamente entre 1,5 e 4 μm de diâmetro e se apresentam agrupadas, em número variável, constituindo os titulados ninhos parasitários. Apresenta pouco citoplasma, com núcleo grande, redondo e excêntrico. O cinetoplasto é bem aparente, um pouco menor que o núcleo, mas o flagelo apresenta-se bastante reduzido, ficando praticamente imóvel (REY, 2008).

O vetor

É um inseto da ordem Hemiptera, família Reduviidae, subfamília Triatominae. Já foram descritas cerca de 100 espécies de triatomíneos silvestres e domiciliares encontrados em todos os países do continente americano, desde o sul dos Estados Unidos até o sul da Argentina (VERONESI, 1982). Já foram encontrados também, aproximadamente, 10 espécies em outros continentes, porém, nenhuma apresentava contaminação natural. Em geral, em cada região prevalece uma espécie. Na América do Sul as de maior importância epidemiológica são o *Rhodnius prolixus* e o *Panstrongylus megistus*; na América Central e México, o *Triatoma protacta*, o *Triatoma pallidipennis* e o *Triatoma phyllosomo*. O *Triatoma rubrofasciata* é uma espécie cosmopolita, ou seja, possui importância epidemiológica em toda América Latina. Quatro destas espécies foram avaliadas como fundamentais para a transmissão direta ao homem no Brasil: *Triatoma brasiliensis*, *Triatoma sordida*, *Triatoma pseudomaculata* e *Panstrongylus megistus* (REY, 2008).

Os triatomíneos são definidos como reduvídeos que sugam sangue de vertebrados. A família Reduviidae é bem antiga, pois foram encontrados fósseis que sugerem o aparecimento de uma forma predatória advinda de um hemíptero fitófago durante os períodos Permiano e Triássico, há aproximadamente 230 milhões de anos (VERONESI, 1982).

São hematófagos obrigatórios, necessitando de sangue para seu desenvolvimento. O hematofagismo começa poucos dias depois de nas-



cida a ninfa,¹⁹ que resiste, entretanto, por longos períodos, sem alimento (COURA; FERREIRA; PARAENSE, 2000).

Os triatomíneos que se acomodam às habitações são encontrados com mais frequência em casas de pau-a-pique, acolhendo-se principalmente nas frestas das paredes, nos colchões, atrás de móveis, nos tetos de palha ou barro, assim como em locais próximos à residência. Em algumas habitações é possível capturar centenas e até mesmo milhares de triatomíneos (VERONESI, 1982).

Saem de seus esconderijos, normalmente, à noite, ou durante o dia em ambientes escuros. Assim, sugam o indivíduo nas partes descobertas do corpo (na maioria das vezes no rosto), eliminando fezes contaminadas durante a alimentação (COURA; FERREIRA; PARAENSE, 2000). Sua picada é praticamente indolor, porém provoca uma coceira muito incômoda e, ao se coçar, o homem permite a entrada do agente etiológico presente nas fezes em seu organismo (KROPF, 2009).

São chamados de barbeiros justamente pelo costume de picarem o indivíduo no rosto. Eliminam fezes durante sua alimentação devido à grande capacidade de sangue que sugam, muito maior que seu próprio tamanho, eliminando excretas involuntariamente (REY, 2008).

Além da evolução nos triatomíneos, foi observado em experiências que o *Trypanosoma cruzi* também pode se desenvolver, de maneira similar, em tubos digestivos de outros insetos hematófagos, como percevejos. Este fato, no entanto, não apresenta valor epidemiológico, porque estes somente poderiam infectar o hospedeiro vertebrado ao sugar seu sangue (VERONESI, 1982).

Ciclo biológico

O ciclo biológico do *Trypanosoma cruzi* inicia-se na alimentação do barbeiro com sangue contaminado do vertebrado. Como o barbeiroingere uma quantidade de sangue acima de sua capacidade, este precisa eliminar suas fezes, resultando no contato do parasito (eliminado nas fezes) na forma tripomastigota metacíclico com o ser humano. Estes

¹⁹ Forma imatura pela qual passam alguns insetos, os quais sofrem metamorfose incompleta antes de alcançar a fase adulta.

penetram no organismo através de mucosas ou por ferimentos na pele (VERONESI, 1982). Normalmente, sua picada provoca uma coceira terrível, resultando no contato das fezes com o local da picada e, conseqüentemente, a infecção do vertebrado. Ao invadir as células (principalmente células do coração), assumem a forma amastigota, realizando reprodução assexuada (divisão binária) em seu interior (REY, 2008).

Ao atingir uma grande quantidade de parasitos na célula, estes sofrem nova alteração em sua forma, transformando-se em tripomastigotas sanguícola, que com a lise celular do hospedeiro se espalham pelo sangue, com capacidade de infectar novos tecidos e órgãos (NEVES, 2004).

Caso o hospedeiro vertebrado contaminado seja picado por um barbeiro não contaminado, os parasitos presentes em sua corrente sanguínea podem ser transmitidos ao vetor. Ao chegar ao intestino do vetor sofrem mais uma alteração de forma, transformando-se em epimastigotas, que se multiplicam e transformam-se em tripomastigotas metacíclicos. Esses serão eliminados junto com as fezes durante a alimentação, reiniciando mais uma vez o ciclo (VERONESI, 1982).



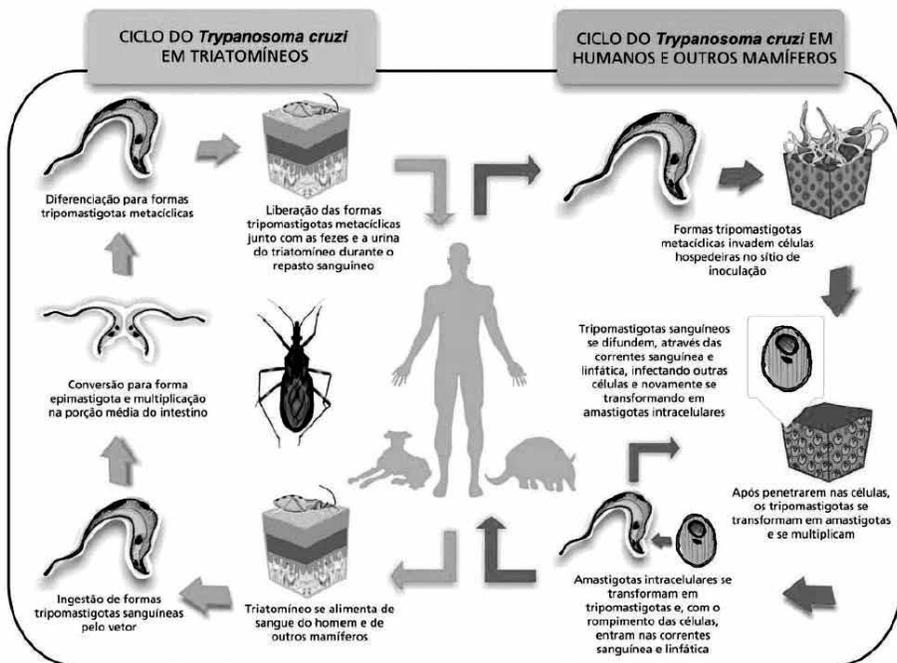


Figura 1 – Desenvolvimento do *Trypanosoma cruzi* em hospedeiros vertebrados e invertebrados.

Fonte: Argolo et al., 2008.

O *Trypanosoma cruzi* possui uma grande resistência no organismo do hospedeiro vertebrado, permanecendo latente por um longo período de tempo. Caso não haja um tratamento apropriado dos indivíduos infectados, há um aumento na probabilidade de transmissão do parasito por meio de transfusão sanguínea, o que vem ocorrido recentemente em países desenvolvidos com grande fluxo de imigrantes latino-americanos (REY, 2008).

Diagnóstico

Tanto na fase aguda quanto na fase crônica da doença de Chagas, o diagnóstico pode ser feito através da detecção do parasito ou pela pre-

sença de anticorpos no soro. Recentemente a utilização de PCR,²⁰ da hibridização com sondas moleculares e do Western blot²¹ para o diagnóstico da doença de Chagas tem sido vista como boas ferramentas pelos cientistas, podendo ser utilizados em ambas as fases da doença (REY, 2008).

Na fase aguda da doença o diagnóstico é fundamentado na pesquisa de parasitos presentes no sangue da pessoa contaminada, utilizando métodos como o exame de sangue a fresco, esfregaço e gota espessa. O exame de sangue a fresco possui maior sensibilidade que os outros sendo mais utilizado para detecção na fase aguda (NEVES, 2004).

A fase crônica da doença exige maior complexidade para o diagnóstico, pois há uma drástica diminuição da parasitemia. Métodos parasitológicos indiretos, como o xenodiagnóstico, apresentam baixa sensibilidade. Dessa forma, torna-se mais confiável o diagnóstico sorológico, utilizando-se de um teste mais sensível, como o ELISA, e outro mais específico (REY, 2008).

Aspectos clínicos

A doença de Chagas apresenta-se em duas fases, aguda e crônica. A fase aguda dura até aproximadamente dois meses após a infecção e apresenta baixa taxa de mortalidade. Nesta fase há grande quantidade de parasitos em circulação no sangue (VERONESI, 1982). Na maior parte dos casos, os sintomas são amenos ou ausentes, mas o infectado pode apresentar febre, dor de cabeça, gânglios linfáticos aumentados, palidez, dores musculares, dificuldade em respirar, inchaço e dor abdominal ou torácica (BRENER; ANDRADE; BARRAL-NETO, 2000). O sinal mais relevante na fase aguda é o local da picada do vetor (invasão do parasita) provocando possíveis inchaços – conhecidos como chagoma, quando visíveis na pele, ou sinal de Romaña, quando presentes na pálpebra) (VERONESI, 1982).

Na fase seguinte, a crônica, os parasitos permanecem latentes no organismo, sobretudo no coração e nos músculos digestivos. Segundo da-

²⁰ Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) é um método de amplificação (criação de múltiplas cópias) de DNA.

²¹ Conjunto de alterações que ocorrem nos nervos do corpo fazendo com que o indivíduo sinta muita dor, formigamento, falta de força ou ausência de sensibilidade em algumas regiões específicas do corpo.

dos da OMS, aproximadamente 30% dos pacientes nessa fase adquirem a forma cardíaca e cerca de 10% adquirem a forma digestiva. Há também o risco de se adquirir a forma neurológica, porém esta é pouco comum. A maior causa das mortes registradas é a cardiomiopatia chagásica crônica (REY, 2008).

Na fase crônica, além da forma cardíaca e digestiva, responsáveis pelo maior número de óbitos devido à atividade danosa às fibras musculares, há também a forma indeterminada (VERONESI, 1982).

A forma indeterminada é predominante entre os infectados na fase crônica da doença de Chagas, representando cerca de 60% do total de indivíduos chagásicos crônicos (NEVES, 2004). Os riscos de morte e o estado de saúde de indivíduos nesta forma são mais reduzidos, porém estes também podem apresentar algum problema cardíaco ou digestivo futuramente (REY, 2008).

Tratamento

Inúmeras drogas já foram testadas, contendo compostos ativos contra o *Trypanosoma cruzi*. Contudo, os testes clínicos revelaram apenas dois medicamentos aceitáveis para o tratamento, o Nifurtimox e o Benzonidazol. São contraindicados para mulheres grávidas e pacientes com insuficiência renal ou hepática (NEVES, 2004).

Segundo a OMS, o tratamento é mais indicado na fase aguda, com taxas de cura parasitológica de quase 100%, pois estas sofrem uma grande redução com o passar do tempo. Quanto mais jovem for o infectado, menores são os efeitos colaterais. Em adultos, especialmente aqueles com a forma indeterminada da doença, o tratamento deve ser realizado com o intuito de evitar ou retardar o desenvolvimento da doença de Chagas.

O Nifurtimox (que teve seu uso descontinuado) possui efeito de anulação dos sintomas na fase aguda da infecção, ocasionando queda da temperatura e agilizando o desaparecimento das outras manifestações clínicas. Entretanto, este medicamento pode apresentar sinais de intolerância como: a falta de apetite, náuseas e às vezes vômito, ocasionando um emagrecimento no indivíduo infectado. Além disso, gera irritabilidade, insônia e sensação de fraqueza (REY, 2008). Devido a estes efeitos, mui-

tos pacientes são aconselhados a reduzir ou deixar de tomar a droga. Na fase crônica, embora não se possa esperar uma ação curativa, acredita-se que haja algum tipo de benefício resulte do tratamento e, em alguns casos, haja redução da paresitemia (NEVES, 2004).

O Benzonidazol apresenta ação similar ao Nifurtimox no tratamento, porém seu uso é mais recomendado (NEVES, 2004). Indivíduos que receberam tratamento com esta droga apresentaram xenodiagnóstico negativo no decorrer de sua aplicação, porém, com a interrupção do tratamento, o resultado voltava a ser positivo (VERONESI, 1982). Assim como o Nifurtimox este medicamento também proporciona sérios sinais de intolerância, como por exemplo, a polineuropatia periférica²² quando é ingerida uma dose excessiva do medicamento, erupção cutânea e, até mesmo, distúrbios da hematopoiese.²³ Na fase aguda o Benzonidazol alivia rapidamente a febre e outros sintomas, além de diminuir a ação do parasito (REY, 2008).

Já se passaram quase quarenta anos da descoberta destes dois únicos medicamentos disponíveis contra a moléstia de Chagas. O problema é que eles não são administrados na fase crônica da doença, nem são muito eficazes. Entretanto, mais de 90% dos pacientes só descobrem que sofrem de Chagas já nessa fase crônica.

Recentemente, um antifúngico novo, o Ravuconazol, surgiu como alternativa de tratamento mais esperançoso para a doença de Chagas. A droga até agora se mostrou bastante eficiente em impedir a multiplicação e invasão das células pelo parasito. O objetivo do novo tratamento é justamente atuar com maior eficácia na fase crônica da doença, em especial entre pacientes adultos.

O novo remédio é conhecido como E1224, uma pró-droga do Ravuconazol, que tem demonstrado tanto *in vitro* quanto *in vivo* ter uma atividade potente contra o parasito responsável pela doença.

²² Processo de formação, desenvolvimento e maturação dos elementos do sangue a partir de um precursor celular comum e indiferenciado conhecido como célula hematopoiética pluripotente, ou célula-tronco.

²³ Empresa japonesa de pesquisa em saúde que descobre, desenvolve e comercializa produtos em todo o mundo.

Profilaxia

Uma das principais formas de profilaxia da doença de Chagas é o controle vetorial, realizada com a utilização de produtos químicos diretamente nas casas e proximidades de residências. Este controle tem sido bem efetivado em vários países (inclusive no Brasil), resultando em uma queda significativa no número de casos da doença. Contudo, ainda não é a solução ideal para acabar com a doença.

Outra maneira possível de se evitar a infestação – e a mais eficaz – seria a melhoria das condições de vida nas áreas rurais mais humildes, com melhores condições de higiene e moradia para esta população. Entretanto, por ser uma doença que atinge uma maioria pobre da população, estas ações acabam sendo dificultadas.

Como confiar na ação do Estado nem sempre é garantia de certeza, ainda mais para quem não possui poder aquisitivo, algumas ações como manter a casa limpa, lavar e expor ao sol os colchões e cobertas onde habitualmente se alojam os barbeiros, diminuir o convívio de animais dentro de casa, estocar canas-de-açúcar em local limpo, consumir açaí somente de origem pasteurizada e construir galinheiros, chiqueiros ou depósitos afastados das casas e mantê-los limpos são algumas medidas que previnem a contaminação com a doença de Chagas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste trabalho está baseada na relação da doença de Chagas ontem e hoje, ou seja, uma exposição das realizações ao longo do tempo e dados recentes da doença, para tornar possível uma compreensão de sua importância desde sua descoberta.

Em entrevista a DNDi Vídeos, o pesquisador da CDTs²⁴ Carlos Morel, afirmou que, no início da descoberta da doença, se achava que não seria uma doença importante, porém, durante estes cem anos, foi possível perceber que a doença de Chagas é uma doença de carga de mortalidade bastante alta. Ele ainda informa que existem cerca de vinte países da América Latina com endemia da doença (pelos dados da organização Médicos

²⁴ Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, localizado na Fundação Oswaldo Cruz.

sem Fronteiras, a Bolívia é hoje o país com a maior proporção de casos no mundo) e aproximadamente 8 milhões de pessoas infectadas, com 14 mil mortes por ano, um número maior de pessoas do que os números de qualquer outra doença parasitária na região, incluindo a malária.

Segundo o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (Procape), instituição que oferece tratamento integral a mais de 2 mil pacientes chagásicos, os portadores da doença são os responsáveis pelo maior número de implantes de marca-passos na região, pois de todas as doenças cardíacas que atingem o músculo do coração, ela é aquela que mais provoca morte súbita. A doença de Chagas é a quarta causa de morte no Brasil entre as doenças infectoparasitárias, sendo as faixas etárias mais atingidas aquelas acima de 45 anos.

Essas características da doença fortalecem ainda mais a importância de sua descoberta e a sensação de descaso com sua influência nos dias de hoje, por esta ser uma doença de pobre. Apesar de muito se conhecer sobre a doença de Chagas nos dias de hoje, infelizmente, por ser uma das doenças mais negligenciadas do mundo, o investimento é escasso. Entretanto, uma grande vitória nesses cem anos no Brasil foi o controle do vetor, gerando uma mudança radical no cenário da doença, porém este controle é bem difícil, caro e ainda ineficiente em diversos países.

Atualmente, a doença de Chagas vem cruzando as fronteiras dos países da América Latina e segundo a OMS já se tornou uma preocupação de saúde pública em países como os Estados Unidos, Austrália, Canadá, Japão e na Europa, destinos de grande quantidade de imigrantes latino-americanos. Nos Estados Unidos, estima-se que para 30 mil doadores de sangue, um esteja contaminado com a doença de Chagas. A maior concentração de casos está em Los Angeles, com um infectado para cada grupo de 7 mil doadores.

Segundo o pesquisador do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec) Alejandro Hasslocher em entrevista à DNDi Vídeos, o cruzamento de fronteiras possibilitou uma motivação, nos últimos cinco anos, para uma redescoberta da doença de Chagas sobre o enfoque de investimentos, interesse em seu combate, controle e atendimento a pessoas com a doença. Parece irônico, e até mesmo pouco cortês, afirmar isto, mas é

perceptível que, de certa forma, o alastramento da doença para regiões desenvolvidas é um aspecto positivo, principalmente em relação a pesquisas para melhorias da situação em que se encontra doença.

Se os infectados fossem diagnosticados em uma fase inicial da doença, mesmo que não fosse na fase aguda propriamente dita da infecção, mas aproximadamente nos quatro anos posteriores à contaminação, o tratamento seria muito mais eficaz do que em um indivíduo que possui a doença há muito tempo. Entretanto, das pessoas infectadas com a doença de Chagas na fase aguda, período inicial da infecção, somente 1% desenvolve um quadro sintomático e, na maioria das vezes não se identifica como doenças de Chagas aguda, tornando-a uma doença silenciosa sob a perspectiva de um diagnóstico precoce. Consequentemente, é quase impossível obter um diagnóstico preciso na fase aguda na medida em que a maioria das pessoas nada desenvolve.

Já se passaram mais de trinta anos do lançamento dos últimos medicamentos para o tratamento da doença de Chagas. Estes por sua vez, não possuem eficiência almejada e têm um perfil de efeitos colaterais que não fazem parte de um tratamento ideal, além de não serem administrados na fase crônica da doença – sendo que mais de 90% dos pacientes só descobrem que sofrem de Chagas já nessa fase (NEVES, 2004).

A DNDi anunciou recentemente, no dia 29 de setembro de 2010, em Tóquio, que iniciaria ainda nesse ano as primeiras avaliações clínicas em humanos com o E1224, novo remédio que promete ser eficiente contra a doença de Chagas. Segundo a entidade, o lançamento é o episódio mais expressivo na ação contra a doença em quarenta anos.

O E1224, desenvolvido pela Eisai,²⁵ é uma pró-droga do Ravuconazol. O foco deste novo tratamento é suprir a necessidade de uma droga competente na fase crônica da doença. Segundo a DNDi, logo que estiver finalizado, o novo medicamento será distribuído a preços acessíveis aos setores públicos e ONGs que trabalham com a doença de Chagas.

Ao levantar esta questão atual da doença, fica compreensível que, infelizmente, a descoberta da doença e a doença em si ainda não pos-

²⁵ Empresa japonesa de pesquisa em saúde que descobre, desenvolve e comercializa produtos em todo o mundo.

suem o valor e interesse que merecem, com maior número de pesquisas e desenvolvimento de tecnologias a seu respeito agora que esta se difundiu para países desenvolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Adauto José Gonçalves de; SABROZA, Paulo Chagastelles; SILVA, Luiz Fernando Rocha Ferreira da. Paleoepidemiologia da doença de Chagas. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Doença de Chagas*. Site com informações sobre a doença de Chagas. [s.d.] Disponível em: <http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=133>. Acesso em: 8 dez. 2010.

ARGOLO, Ana Maria et al. *Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/chagas/media/Versao%20em%20Portugues.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2010.

AUFDERHEIDE, Arthur C. et al. A 9,000-year record of Chagas' disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 101, n. 7, p. 2.034-2.039, Feb. 2004.

BRENER, Zigman; ANDRADE, Zilton A.; BARRAL-NETO, Manoel. *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1993.

COURA, José Rodrigues; FERREIRA, Luiz Fernando; PARAENSE, Wladimir Lobato. *Centenário do Instituto Oswaldo Cruz: 1900-2000*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COUTINHO, Marília; DIAS, João Carlos Pinto. A descoberta da doença de Chagas. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*, Brasília, v. 16, n. 2, p. 11-51, maio-ago. 1999.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A medicina e a saúde no município da Corte. *O Globo*, Rio de Janeiro, 29 fev. 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Fundação Oswaldo Cruz: 1900-2000 – 1º centenário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. CASA DE OSWALDO CRUZ. DEPARTAMENTO DE ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO. *Fundo Carlos Chagas: inventário*. Rio de

Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://icaatom.coc.fiocruz.br/informationobject/show/isad/327>. Acesso em: 8 dez. 2010.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. Carlos Chagas: infância, primeiros estudos e formação médica. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Doença de Chagas*. Site com informações sobre a doença de Chagas. [s.d.] Disponível em: <http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=33>. Acesso em: 17 nov. 2010.

MARCOLIN, Neldson. Terapia de medicamentos já existentes pode ser a nova arma contra o *Trypanosoma cruzi*. *Pesquisa FAPESP*, São Paulo, n. 163, set. 2009. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/?art=3946&bd=1&pg=4&lg=>. Acesso em: 8 dez. 2010.

NEVES, David Pereira. *Parasitologia humana*. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

OLIVEIRA, Paula Maria de. *Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias*. 2005. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

REY, Luis. *Parasitologia, parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VERONESI, Ricardo. *Doenças infecciosas e parasitárias*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

GLOBALIZAÇÃO EM MILTON SANTOS E AS FORMAS DE EXPLICAR SAÚDE E DOENÇA: UM ESFORÇO DE APROXIMAÇÃO

Guilherme Chalo Nunes¹

INTRODUÇÃO

Desde os anos de 1980 o capitalismo vem sofrendo modificações marcantes, tendo como uma das principais mudanças a intensificação das interações transnacionais, proporcionada por uma (re)estruturação global da produção capitalista. Para Boaventura de Souza Santos, alguns aspectos são característicos deste processo, tais como: o predomínio da economia pelo sistema financeiro, a flexibilização e a multilocalidade da economia mundial recente; a economia dominada pelo sistema financeiro; a existência de processos de produção flexíveis e multilocais; a revolução das tecnologias de informação e de comunicação; a desregulamentação das economias nacionais e o fortalecimento de agências financeiras multilaterais (SANTOS, 2005, p. 29).

Essas modificações não ocorreram apenas nos pilares econômicos, tendo em vista a grande circulação de capital. Foram também migratórias, intensificando a circulação de informações e imagens, transformando culturas e modos de enxergar o mundo. Esta característica migratória ocorre a partir da grande movimentação de pessoas e produtos, devido às expansões do mercado de produção e dos recursos técnicos que avançaram drasticamente, sobretudo neste último decênio. Com isso, configura-se um período de novas redes econômicas e culturais, de um novo entendimento

¹ Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Geografia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Danielle Ribeiro de Moraes (mestre em Saúde Pública), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: guilhermechalo@gmail.com

das relações de produção e, conseqüentemente, uma nova experiência de espaço e tempo, uma nova espacialidade (HARVEY, 2009).

É por essas características que alguns autores utilizaram o nome “globalização” em suas análises das relações econômicas. Mas podemos entender hoje que o processo de globalização não é meramente a grande intensificação da produção capitalista através do globo, e sim um processo maior, multifacetado, com características sociais, políticas, culturais e econômicas (SANTOS, 2005). A circulação de pessoas e mercadorias, por exemplo, pode ser visto como um fenômeno mais complexo do que a mera troca de mercadorias e bens, que o processo capitalista já conhece desde o período mercantil: neste percurso, os processos de acumulação capitalista e as relações sociais ganham novas características.

Ainda segundo Boaventura de Souza Santos (2005, p. 27), o processo de globalização é percebido de maneira “confusa”, que se aproxima de uma análise hegemônica propiciada pelo consenso neoliberal. Para esse autor, o consenso neoliberal está firmado pelos Estados centrais, considerando o futuro da economia mundial, políticas de desenvolvimento e o próprio papel do Estado na economia. Embora as diversas dimensões da globalização possam se apresentar distintamente, todas seriam afetadas pelo seu impacto.

A partir dessa interpretação hegemônica do processo de globalização, Milton Santos (SANTOS, 2009) o analisa em três faces – como *fábula*, *perversidade* e *possibilidade* –, que serão apresentadas mais adiante. Por ora, cabe dizer que, para este autor, as explicações monocausais (ou hegemônicas) permitiriam apenas que o mundo se torne confuso e confusamente percebido, fazendo das suas justificativas mecanicistas e insuficientes. Porém, tal confusão não surge de um conceito mal formulado, mas sim de um campo de disputa ideológica, em que o sistema perverso que vivemos cada vez mais toma e torna tudo em mercadoria e dissemina a sua maneira de pensar.

Longe de apresentarem consensos, as contribuições teóricas que envolvem o fenômeno da globalização apresentam-no de forma multicausal e com diferentes impactos na sociedade. Contudo, percebe-se que os processos que evidenciaram este fenômeno criaram e aumentaram uma série

de disparidades político-socioeconômicas. Este trabalho tem como fio condutor a teoria de Milton Santos sobre a globalização, que a apresenta tendo em vista a perspectiva de perversidade sistêmica que está na raiz da “evolução” humana, aderida a comportamentos competitivos que atualmente caracterizam as ações hegemônicas. Por esta perspectiva, tais mazelas são direta ou indiretamente imputáveis ao processo de globalização (SANTOS, 2009, p. 20). Cabe salientar que temos aqui um recorte classista das políticas histórico-espaciais do final do século XX e início do século XXI, período tratado como recorte histórico do processo de globalização.

É a partir desse processo perverso que podemos pensar como a saúde está nele localizada, tendo em vista a crescente precarização dos sistemas de proteção social, a desregulamentação dos meios de fiscalização do trabalho e do processo de produção. Isto posto, o presente trabalho se propõe a contribuir para análises sobre como as formas contemporâneas de relações sociopolíticas interagem com a saúde, ainda que sob o recorte proposto. O presente texto leva ainda em consideração que uma nova proposta metodológica para a epidemiologia deve incorporar o espaço geográfico em todas as escalas em que este se manifesta (BARCELLOS, 2008; CZERESNIA; RIBEIRO, 2000), visto que a epidemiologia é o ramo da saúde que estuda, na população, a ocorrência, distribuição e fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde (PEREIRA, 1995, p. 3).

É para a compreensão desses fatores determinantes que essa pesquisa pretende contribuir. Assim, este trabalho apresenta, por um lado, uma breve revisão do conceito de globalização segundo Milton Santos; por outro, aponta possíveis aproximações deste conceito com outro, afeito à saúde pública: o processo saúde–doença. Trata-se de um exercício de articulação de conceitos de áreas distintas, que teve o intuito de contribuir com o debate acerca da determinação social da saúde, particularmente importante ao campo da saúde coletiva.



GLOBALIZAÇÃO EM MILTON SANTOS

Conforme apontado, o capitalismo vem sofrendo grandes e recentes transformações. Pode-se dizer que a ascensão do neoliberalismo trouxe à tona uma série de políticas de não intervenção e de liberação dos mercados aos grandes capitais estrangeiros. Neste trecho, faz-se uma breve revisão sobre o conceito de globalização segundo Milton Santos, tomando como referência, especificamente, a obra *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal* (SANTOS, 2009).

Globalização: uma escolha

Quando se observa o conceito de globalização, percebe-se que este vem sofrendo uma gama complexa de análises nessas últimas décadas. Longe de resultarem em ressonâncias, tais contribuições teóricas tornam esse assunto muitas vezes confuso à primeira vista. Esta “confusão” aponta para divergências de orientações políticas que são espelhadas na produção científica a respeito do tema. Não pretendendo apresentar essas diferentes visões, neste trabalho fez-se uma escolha por um ponto de partida no estudo deste tema: a referência supracitada de Milton Santos.

Nela, o autor aponta que o processo de globalização possui três fases, expostas adiante, que não se excluem, mas convivem e convergem. Além disso, Santos aponta que o processo de globalização se inicia com a formação de uma nova geopolítica mundial nos anos de 1978-1980. A partir dessa década, uma nova teoria política emerge nas correntes de pensamento econômico e, mais precisamente, na Escola de Washington nos Estados Unidos– a teoria do neoliberalismo.

Sobre este teoria, vale recorrer à leitura de Harvey (2008):

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe o bem-estar humano pode ser mais bem promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos de propriedade privada, livre mercado e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de

garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. (HARVEY, 2008, p. 12)

Harvey aponta ainda que, segundo esta teoria, o papel do Estado não deve se espriar para além do que foi citado, sendo sua intervenção nos mercados mantida a mínima possível. Sob esta ótica, o neoliberalismo “protegeria”, em particular as democracias, de intervenções do Estado movidas por interesses de grupos mais poderosos, que usariam os dispositivos estatais de regulação de mercados em benefício próprio.

É a partir dessa conjuntura política que Milton Santos tece suas principais críticas sobre a economia contemporânea e como, a partir das transformações econômicas deste novo período histórico, surge uma nova espacialidade, uma nova organização produtiva. Para entendermos que novos processos são esses, devemos atentar para dois fatos nesse período histórico: a massiva internacionalização da economia capitalista (tendo em vista não só o mercado especulativo também os processos técnicos que nos trouxeram a esse momento de expansão da produção) e os processos políticos desse período.

Entretanto, essas duas dimensões não devem podem ser vistas separadamente, pois a produção da globalização é um fenômeno complexo e de múltiplas faces. De outro modo, para entendermos a crítica econômico-política ao sistema capitalista contemporâneo, temos que observar os processos socioespaciais em sua totalidade.

Para o autor em análise, muitas vezes a globalização é vista como um processo de máxima internacionalização do processo de produção capitalista. De algum modo, podemos entender que esta não é uma afirmação falsa, mas devemos acrescentar algumas análises a essa visão reducionista do cenário político-econômico contemporâneo. Trazendo pon-

tos importantes para a compreensão dessa nova ordem, Milton Santos defende que o processo de internacionalização da economia do mundo capitalista só chegou a esse ponto porque os processos técnicos nos deram subsídios para tal empresa. Para o autor, a técnica pode ser entendida como a “relação entre o homem e a natureza, ou melhor, entre o homem e o meio, é dada pela técnica. As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e ao mesmo tempo, cria espaço” (SANTOS, 2002, p. 29).

A leitura do segundo capítulo da obra citada nos proporciona uma melhor compreensão dos caminhos políticos dessa nova ordem. Neste trecho, ele descreve seis processos econômico-sociais, a que denomina “a produção da globalização”; um desses seis pontos é a “unicidade técnica”. Como foi posto antes, a técnica tem um papel importante na análise do autor, pois ela chega a um momento central, qual seja, ao diálogo os outros sistemas técnicos, mediado pelo atual sistema de informação.

Assim, esse novo sistema vai:

(...) permitir duas grandes coisas: a primeira é que as diversas técnicas existentes passam a se comunicar entre elas. A técnica da informação assegura esse comércio, que antes não era possível. Por outro lado, ela tem um papel determinante sobre o uso do tempo, permitindo, em todos os lugares, a convergência dos momentos, assegurando a simultaneidade das ações e, por conseguinte, acelerando o processo histórico. (SANTOS, 2009, p. 25)

É esse novo sistema técnico que abrirá as portas para o capitalismo se expandir de forma avassaladora pelo globo, levando a um colapso das barreiras espaciais para o investimento capitalista. Este seria um símbolo deste fenômeno, em que o mercado financeiro não respeita fronteiras, em consonância com o que apresentou Harvey (1992).

Dentro dessa análise sobre a produção da globalização outro ponto central é a “convergência dos momentos”. Para Santos, a percepção do tempo é a mesma em todos os lugares do globo, porém agora os momentos vividos são os mesmos, ou seja, o novo sistema de técnicas permite que a economia se interligue e permaneça ativa nas vinte e quatro horas do dia. O autor aponta: “nunca houve antes essa possibilidade oferecida pela

técnica à nossa geração de ter em mãos o conhecimento instantâneo do acontecer do outro” (SANTOS, 2009, p. 35).

Além desses pontos, o “motor único” é mais aspecto dentre os seis já mencionados. No nosso atual momento da história do capitalismo, podemos falar em um motor único, ou seja, uma mais valia que seja universal, que comanda várias ações dentro do mundo do trabalho. Historicamente presenciamos vários modelos de produção (como exemplos, o inglês, na expansão industrial; o americano, na expansão do fordismo). Atualmente, os modelos de produção não são mais divididos em impérios territoriais, o processo de produção se torna global devido a um novo patamar da internacionalização da economia. E é a partir desse modelo novo de produção que as empresas entram cada vez mais dentro deste sistema competitivo e aquelas que sobrevivem ao mundo da competição exagerada aumentam a mais valia ao seu corpo.

Desta forma, cada vez mais o mundo do trabalho entra em um espaço da competitividade, onde os processos científicos têm grande relevância para o aumento do valor das mercadorias e o processo de produção. Assim, criamos também uma nova forma de pensar contemporâneo, no qual a competitividade, a produção e a informação (aqui exemplificada seja como propaganda, seja como produção científica) contribuem para dar materialidade ao papel que a informação tem neste novo período histórico.

Mais um momento da produção da globalização descrito pelo autor é a “cognoscibilidade do planeta”: o conhecimento do planeta sofreu intensa mudança no século XX, devido ao avanço da ciência, possibilitando uma gama de ações nunca antes feitas. Assim, o homem agora não apenas utiliza, mas transforma a natureza a sua volta de uma forma jamais vista antes, criando produtos e técnicas inéditos.

A contribuição de Harvey (2008) dialoga com o exposto, pois para este autor a política do neoliberalismo trouxe uma série de novos discursos sobre a teoria econômica e sobre o papel do Estado contemporâneo, salientando a sua nova configuração e, conseqüentemente, e sua nova maneira de agir perante as políticas públicas. Uma repercussão deste novo papel é o fato de empresas terem se apoderado cada vez mais das decisões tomadas pelos órgãos públicos. Podemos dizer, então, que as políti-

cas neoliberais salientam a aparente contradição central do processo capitalista, uma vez que ampliam tanto a dominação dos meios de produção pela burguesia internacional, quanto a exploração do trabalho.

Fábula, perversidade e possibilidade: dimensões da globalização

Na análise de Milton Santos, a globalização tem três processos centrais: globalização como fábula, como perversidade e como possibilidade. Essas categorias de análise são estratégicas para entender um mundo “confuso e confusamente percebido”. Um mundo onde:

(...) de um lado o extraordinário progresso das ciências e das técnicas, das quais um dos frutos são as novas matérias artificiais que autorizam a precisão e a intencionalidade. De outro lado, há, também, referência obrigatória à aceleração contemporânea e todas as vertigens que cria, a começar pela própria velocidade. (SANTOS, 2009. p. 17)

Este trecho nos traz a percepção de “confusão” nas percepções do mundo fabricado pelo homem. É a partir dessa visão sobre o atual estado das técnicas e da política que o autor faz suas leituras do processo de globalização.

Globalização como fábula

Para Milton Santos as percepções sobre o fenômeno da globalização, são vistas de maneiras bastante confusas, criando alguns mitos sobre o atual sistema. Essa fabulação se dá por um motivo principal: a forma como a informação é transmitida à humanidade. Atualmente essa informação é feita por conglomerados internacionais que defendem um projeto de sociedade, uma classe, e massificam esse projeto nos meios em que são proprietários.

Para o autor, vivemos em um momento de “tirania da informação”, em que a mesma é usada por diferentes atores que têm diferentes percepções de mundo. Atualmente, quem comanda esse mercado são aqueles que Milton Santos chamou de “atores hegemônicos”. Tais atores retêm o modelo de produção e as técnicas, transmitindo

(...) uma informação manipulada que, em lugar de esclarecer, confunde. Isso tanto é mais grave porque, nas condições atuais da vida econômica e social, a informação constitui um dado essencial e imprescindível. Mas na medida em que o que chega às empresas e instituições hegemônicas é já o resultado de uma manipulação, tal informação se apresenta como ideologia. (SANTOS, 2009, p. 39)

Conforme mencionado no início deste trabalho, o meio acadêmico não é refratário à configuração atual do mundo. Há uma variedade nas leituras do fenômeno, o que aumenta a confusão sobre o tema e gera mais espaços para os atores hegemônicos trazerem as suas análises à tona, “mascarando” a discussão que envolve a globalização. Assim, o meio acadêmico é também palco de disputas ideológicas que se constroem e fortalecem. Pode-se dizer que o meio científico serve a um importante papel na produção e reprodução do capital.

Seguindo a leitura de Santos, é a partir desses processos que surgem alguns mitos que tentaremos desmontar neste momento. O primeiro deles é o mito de “aldeia global”, cunhado pela observação dos crescentes caminhos da comunicação mundial, criando a ilusão de uma comunicação planetária. Para alguns autores, essa informação está cada vez mais a serviço de alguém, mais manipulada, servindo interesses outros que não de uma coletividade.

Outro mito é o de “espaço e tempo contraídos”. Devido ao grande avanço das técnicas de transporte, há uma impressão sobre o encurtamento das distâncias e do tempo, porém poucos têm acesso a este tipo de tecnologia e esse mito, em conjunto com o anterior, forma uma dupla que tem uma grande força ideológica. Esta força serviria à venda da ideia de que o processo de produção capitalista contemporâneo traz inúmeros avanços para a população mundial. E é neste contexto que a noção de um mercado global surge, porém tal noção contrasta com as poucas praças de comércio que concentram metade das negociações financeiras mundiais. O mito do espaço e tempo contraídos apenas favoreceria aqueles que detêm os meios técnicos para deles se utilizarem.

Outro mito que essa nova conjuntura do neoliberalismo nos traz é a ideia de Estado mínimo, ou o “mito da morte do Estado”, como Milton Santos nomeia. A teoria político-econômica do neoliberalismo traduziria um Estado que não intervém na economia. Contudo, sabemos que o Estado contemporâneo está cada vez mais entrelaçado ao sistema capitalista: para que os sistemas de produção funcionem, os governos atuam cada vez mais, e de várias maneiras: reduções fiscais, criações de parques industriais, redes técnicas para escoamento de produção. Um exemplo é o uso das universidades para o estabelecimento de um sistema de inovação tecnológica que movimenta o modelo de competitividade/produzividade em que vivemos. Dito de outro modo, o Estado está cada vez mais entrelaçado às corporações transnacionais, e, portanto, a serviço do capital, nacional e internacional.

Globalização, perversidade e território

Como dito antes, o capitalismo contemporâneo tem bases técnicas sólidas para uma ampla mundialização do seu processo de produção e de sua (re)estruturação produtiva. Esse novo processo de produção, baseado na informação e na *financeirização*, produz uma nova racionalidade, um novo *éthos* que influencia diretamente o modo como os cidadãos veem o papel do Estado. Nesta nova visão, ocorre a negação da perspectiva política como tema central em suas vidas, o que divide a sociedade e esmaece os movimentos sociais. O senso de coletividade se perde e dá espaço ao individualismo (SANTOS, 2009).

Para compreender este caminho, vale lembrar que os momentos que Milton Santos descreveu como formadores do processo de globalização não se excluem, portanto a globalização vista como fábula já é o resultado de várias perversidades que o sistema capitalista nos proporciona; a globalização como possibilidade é uma necessidade criada a partir desta perversidade. Neste sentido, a separação em três momentos deve ser compreendida como um esforço analítico das relações sócias contemporâneas, não devendo ser entendida como uma visão fragmentada dessas relações.

A fabulação é proporcionada pelo uso da informação por atores hegemônicos, que concentram capitais e, assim, as técnicas e a própria

informação só são usadas por aqueles que possuem o capital. Daí ao que o autor chama de “tirania” na centralidade da associação entre dinheiro e informação (SANTOS, 2009). Decorre que aqueles que possuem capitais e meios técnicos lutam para manter o sistema, e deste modo a informação tem um papel de transmitir um “encantamento do mundo” um modo de manter o sistema pelas mesmas bases históricas em que ele foi criado. Contudo, em um mundo que tem bases técnicas para uma grande “evolução” nas relações sociais, permanecem as distorções propiciadas pela relação contraditória entre burguesia e proletariado.

Podemos dizer que esta manipulação, veiculada por atores hegemônicos, faz que esse novo *éthos* seja tomado como caminho único para a vida e, assim, noções como a de competitividade surgem, povoando o cotidiano. Isto gera novas e estruturais relações violentas, inerentes ao sistema de produção globalizado e que também importam para o entendimento do processo perverso do capitalismo contemporâneo.

Para além dos aspectos do processo de globalização apontados anteriormente neste texto e em convergência com os pontos descritos, Santos denota a ocorrência de uma *financeirização* do sistema, que faz com que as empresas tenham uma maior capacidade de mobilidade, permitindo com que os capitais se fundam, criem grandes monopólios e concentração de capitais.

Essa mobilidade possibilita que grandes territórios criem uma dependência financeira dos grandes monopólios e, desta feita, cada vez mais os governos cedam incentivos fiscais e territoriais para que tais empresas se instalem em seus territórios. Com isso, suas populações ficam à mercê destes grandes capitais. Esta relação nos ajuda a entender que os “territórios” são lugares onde as problemáticas do sistema se apresentam: é no território que as problemáticas do sistema capitalista serão sentidas e é no território que os meios de enfrentamento surgirão (MONKEN et al., 2008). Dito de outro modo, aqui a *categoria território* assume um papel importante para entendermos como se materializa a perversidade sistêmica. Neste sentido, o conceito de território é uma categoria pertinente também para o campo da saúde. Veremos isso mais adiante.



Globalização como possibilidade

Como já foi dito anteriormente, o capitalismo contemporâneo é um sistema perverso. No entanto, para Milton Santos os meios com que a perversidade se estabelece são comuns àqueles pelos quais poderá haver o surgimento de uma cultura popular. Isto é, um momento em que a classe que está sendo oprimida entenderá sua realidade e conseguirá transpor esse período. Atualmente é comum a ideia de que não podemos transpor nada, não temos um olhar processual da história e o que sempre existiu continuará a existir para sempre. Ao contrário, o autor discorre que essa transformação é possível em um período em que os conceitos deixarão de ser tomados como mercadoria, e que a cultura de massa imposta pelo processo de globalização será transposta por uma cultura popular.

Não devemos, no entanto, perceber esta tese como uma visão romantizada de mundo. Denote-se que Santos entende que, para que a transformação ocorra, o homem tem que tomar conhecimento das “verdades históricas” que o cercam. O autor também entende que a é a partir da escassez que os processos da globalização produzem que a população tomará consciência dos processos perversos que os territórios sofrem. É neste ponto que os processos técnicos que viabilizaram os processos de globalização, também poderão fazer parte desta ascensão do período popular.

Formas de explicar saúde e doença e uma “produção social” da saúde

Aqui será apresentada uma sistematização sobre o processo saúde-doença e seus determinantes na sociedade contemporânea. Parte-se do pressuposto que o desenvolvimento econômico está ligado à saúde de uma população. Em outras palavras, entende-se que a organização e as estruturas que a atual fase do capitalismo nos impõe são determinantes para a construção do conceito “saúde” e, conseqüentemente, para a sua materialização em práticas sanitárias. Como suporte à compreensão desses determinantes, recorrer-se-á ao processo de globalização descrito por Milton Santos (2009). Neste sentido, o esforço proposto não é o de teorizar acerca do conceito de globalização, mas de sinalizar que a ideologia do discurso neoliberal se dispõe na prática das políticas públicas (CASTRO, 2008).

O processo saúde–doença em diferentes momentos da história

A discussão sobre a temática da saúde é apresentada desde a Grécia antiga com a teoria dos miasmas de Hipócrates (2005), considerado o “pai da medicina” no Ocidente, e vem sendo abordada por toda história da humanidade, pois a questão do que é saúde tem um caráter existencial, conforme aponta Batistella (2007a). Sendo assim, ao longo da história vários modelos explicativos sobre a saúde e a doença surgiram e se afirmaram. Em uma tentativa de traçar os principais modelos que surgiram na história do pensamento sobre a saúde, recorre-se à história para se entrar em diálogo com o contemporâneo. Neste sentido, recorre-se aqui a Batistella (2007a e 2007b), autor que trata da temática.

Desde a antiguidade o homem se preocupa com a sua saúde. Na pré-história, os nômades tinham os cuidados básicos como a alimentação, o abastecimento, que são comportamentos instintivos da sobrevivência do ser humano, assim o que não era ou não podia ser explicado era tinha tratamento mágico-religioso (SCLIAR, 2002).

Assim nasce um modelo de explicação da saúde, voltado para o místico e o religioso. Sobre isso, Batistella diz:

Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos. (BATISTELLA, 2007a, p. 29)

Com o surgimento da racionalidade grega surge um novo modo de explicar saúde e doença, apesar desse modo ainda estar ligado a um pensamento mítico, conforme aponta Rosen: “Suas práticas, no entanto, iam além da ritualística, envolvendo o uso de ervas medicinais e de mé-

todos naturais” (ROSEN, 1994, p. 40). Neste momento, a “natureza” já assume um papel importante para compreensão da saúde e da doença. Hipócrates em seu livro *Ares, águas e lugares*, já entende o clima, o solo, a água, o ar e a nutrição como determinantes para a saúde. Esse pensamento se perpetuou com a conquista do Império Romano, e serviu ao planejamento urbano, a exemplo de Roma (ROSEN, 1994).

Com a queda do Império Romano e a entrada na Idade Média, grande parte da cultura desenvolvida pelo Império Romano se perde, e o cristianismo avança por toda a Europa e carrega consigo outro modelo de explicação. Assim, os tratamentos dão lugar a rezas e exorcismos: não mais os médicos tratam da saúde, agora o assunto é religioso. E por esse esmaecimento da racionalidade grega as cidades se desorganizam com a migração da população rural; animais eram criados nas ruas e o esgoto contaminava a água, portanto, novas epidemias assolaram a Europa. Caso marcante é a epidemia de “lepra” que criou uma nova forma de tratar, com isolamento, trazendo um grande estigma à pessoa que contraía a doença (ROSEN, 1994).

Com o Renascimento, surgem universidades dentro de mosteiros e conhecimentos sobre higiene, oriundos da cultura romana, retomavam força. Com isso, novos modelos explicativos passam a existir com a retomada do olhar sobre a natureza. Sobre este aspecto, é relevante a leitura do trecho de Batistella:

A afirmação de um novo tipo de conhecimento se dava principalmente por meio da publicação de inúmeros tratados técnicos, favorecendo o contato entre o saber científico e o saber técnico-artesanal. Nasce daí uma intensa cooperação entre cientistas e técnicos, entre ciência e indústria. Pouco a pouco vão sendo estabelecidas as bases de um pensamento científico cujo discurso pré-moderno passa a submeter todo e qualquer conhecimento à prova da prática. (BATISTELLA, 2007a, p. 38)

A partir da queda do modelo feudal e, conseqüentemente, do modelo explicativo proposto pela Igreja, as economias e a produção do mercantilismo adquirem importância para os Estados. Com o surgimento da máquina a vapor surge um novo modo de produção, cada vez mais voraz, com o “relógio” da produção voltado para a máquina. Assim o Estado

moderno surgia na Europa e junto com essa mudança no modelo de produção econômica, surge um novo modelo explicativo para a saúde e a doença, conforme exposto no trecho a seguir:

(...) é possível distinguir três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal; a medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua “relocalização” e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades; por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa começa a tornar-se social através da ‘lei dos pobres’. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas. (BATISTELLA, 2007a, p. 40)

No século XIX, os métodos de tratamento eram pouco abrangentes e se restringiam ao isolamento de pacientes, “o desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação” (BATISTELLA, 2007a, p. 41). A identificação gradual de microrganismos implicados em processos patogênicos conduziu a novos paradigmas e modos de tratamento e, por conseguinte, a uma nova forma de pensar saúde e doença. A era bacteriológica revelou a discussão da unicausalidade, que está presente nas práticas de saúde até os dias atuais – o modelo explicativo biomédico, ainda visto como central na gestão em saúde.

Passamos a compreender que o modelo explicativo para a doença passa agora a tratar de um único agente, pois tinha como marco as pes-

quisas em microbiologia. Entende-se assim que o modelo antes pautado no ambiente, agora é tratado de maneira que denominamos “reduzida”.

Depois da Segunda Guerra Mundial esse modelo é enfraquecido devido à

(...) diminuição da importância das doenças infectoparasitárias como causa de adoecimento e morte em detrimento do incremento das doenças crônico-degenerativas. A debilidade do modelo unicausal na explicação de doenças associadas a múltiplos fatores de risco favoreceu o desenvolvimento dos modelos multicausais. (BATISTELLA, 2007a, p. 45)

A partir desse processo começam a surgir modelos explicativos para saúde e doença que visavam a multicausalidade e que iam de encontro à proposta unicausal vinculada às pesquisas bacteriológicas. Como consequência, já se nota um caminho que visava entender a saúde como interface entre ambiente, hospedeiro e agente, abrindo espaço para uma forma que apresentasse saúde/doença como um processo de relações sociais produzidas pelo homem em seu tempo histórico.

O processo saúde/doença na atualidade

De acordo com Batistella (2007b, p. 51), atualmente circulam três modos de entender saúde: “saúde como ausência de doença”, “saúde como bem-estar” e “saúde como direito” sendo este último modo relacionado ao que se chama de “conceito ampliado”. O primeiro modo de entender a saúde relaciona-se a uma visão difundida atualmente por um modelo de pensamento pautado na biomedicina. Sob esta ótica, os métodos de análises das doenças se construíram a partir de uma visão biológica do indivíduo e dos fatores determinantes para a mesma. É desta maneira que o autor comenta a mudança no paradigma explicativo:

Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação

na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje. (BATISTELLA, 2007b, p. 53)

A saúde como bem-estar é um conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que entende a saúde como um “estado de bem-estar físico, mental e social”, e não apenas a ausência de doença. Essa foi uma tentativa de quebrar com o paradigma biomédico e olhar a saúde com uma visão integral. Apesar de este conceito trazer à tona uma visão mais completa do processo saúde/doença, esta acepção carrega uma grande subjetividade, ao cargo de que não se poderia materializar em modos de enfrentamento e operacionalização. Sobre os limites desta “subjetividade”, Batistella pontua:

O conceito da OMS reside no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso. A simples tentativa de definir o estado de bem-estar mental e social poderá supor uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização. (BATISTELLA, 2007b, p. 58)

A terceira acepção, saúde como um direito, surge na América Latina, mais precisamente no Brasil, no contexto do movimento de Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, em um período de democratização no país. Este movimento fazia crítica ao modelo de sistema público de saúde vigente e contou com grande participação popular. Podemos resgatar um parágrafo do relatório final da conferência, que define saúde da seguinte maneira:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986)

Aqui temos um modelo explicativo que tem em sua base a *produção social da doença*, que rompe com o paradigma do modelo biomédico. A partir daí, podemos pensar como esse conceito se expressa atualmente. Conforme apresenta Sabroza (2001), o conceito de saúde deve ser tomado como impreciso e é a interação com outros modelos explicativos que o torna real dentro de um período histórico ou, já em relação com o referencial teórico inicial tomado neste texto, em relação com um dado modelo de desenvolvimento. Dentro desta perspectiva cunhada por Sabroza, Batistella escreve:

Embora fazendo parte de uma realidade objetiva, a construção do conceito só se dá a partir da sua elaboração por atores sociais concretos. Discutindo as transformações na organização do modo de produção nas diferentes formações sociais ao longo da história para analisar suas implicações na saúde das populações, Sabroza detêm-se na transição dos diferentes estágios do capitalismo. De um capitalismo molecular, baseado no consumo intensivo de mão de obra (manufaturas), passando pelo capitalismo monopolista de Estado, cuja produção estava centrada no consumo intensivo de energia, chega-se ao estágio do capitalismo técnico-científico, caracterizado pelo consumo intensivo de informação, pela desconcentração territorial da produção, informatização acelerada, flexibilização das relações de trabalho, redução dos postos de trabalho, fortalecimento das corporações transnacionais, fomento à produtividade e competitividade, diminuição do poder regulador dos Estados, entre outros fenômenos associados. (BATISTELLA, 2007b, p. 74)

Geografia, território e saúde

Estudos do campo da saúde sinalizam a importância do espaço e do ambiente para o entendimento acerca do processo saúde–doença. Como dito antes, desde Hipócrates o esboço de um conceito de ambiente aparece nos trabalhos em saúde. Entretanto, estudos realizados nos séculos XVIII e XIX, com a evolução da chamada geografia médica, trouxeram grandes contribuições para o entendimento sobre o espaço e o processo saúde–doença. Essa corrente preconiza que a geografia médica deveria compreender a distribuição espacial das doenças (MAZETTO, 2008) e, à época, seguia a linha determinista da geografia, construída a partir das teses naturalistas e do pensamento positivista da ciência.

A escola determinista na geografia médica ganhou mais força com a evolução do paradigma microbiológico, atribuindo cada vez mais à explicação dos problemas as questões biológicas, negando assim os determinantes sociais por trás dos males patogênicos. Esta corrente de pensamento trouxe contribuições para a epidemiologia no que tange a transmissão das doenças infectoparasitárias, tema que foi fortemente abordado pela geografia médica. As análises ainda se encontravam na dimensão do corpo, como afirmam Czeresnia e Ribeiro: “O termo transmissão refere-se à concepção de corpo enquanto organismo, conceito biológico definido no século XIX como unidade morfológica composta de partes que realizam, de forma coordenada, diferentes funções” (2000, p. 596).

Com a crítica feita por Vidal de La Blache à teoria determinista a geografia médica, esta corrente deslocou-se para uma nova abordagem do processo saúde–doença, uma abordagem dita “possibilista”, que tem como referência epistemológica a geografia regional vidalina. A partir das questões que esta teoria aborda, em que teses como a dos “complexos patogênicos” de Max Sorre e a de “foco natural das doenças” de Pavlovsky surgem no contexto dos estudos da geografia médica, ainda aqui a questão da transição e da localização das doenças estão muito presentes.

Mesmo com a crítica feita pela geografia vidalina às teorias deterministas, a geografia possibilista não se propôs a analisar o espaço geográfico colocando as relações sociais em centralidade, o que deixou a sociedade ainda à margem dessa vertente teórica. Deste modo, as geografias determinista e possibilista pouco se diferenciaram quanto ao cerne do estudo da geografia, e o espaço continuou sendo visto como palco físico sem uma abordagem integradora. Conforme expõe Santos (2008), é a partir da crítica à vertente referida anteriormente que surge uma geografia quantitativa, na tentativa de instituir “objetividade” e métodos de análises “mais precisos” para o pensamento geográfico, porém, pela linguagem complexa dos modelos e sistemas matemáticos. Contudo, neste período da ciência geográfica ainda temos o que se denomina uma geografia “viúva do espaço”.

Pode-se dizer que a epidemiologia se aproxima dessa trajetória da geografia, no que tange tanto à tendência da redução matemática da

experiência vivida, quanto a um mesmo conceito de espaço vigente, conforme expõem Czeresnia e Ribeiro:

O conceito epidemiológico de risco tornou essa relação ainda mais abstrata. O cálculo do risco traduz uma relação probabilista entre eventos. Não se integram no modelo do risco variáveis que representam conceitos capazes de expressar um processo que ocorre entre corpo e meio. Se o conceito de transmissão representa a interface do corpo como interação entre orgânico e extraorgânico, o de risco prescinde dessa relação (Ayres, 1997), aprofundando o nível de fragmentação e rarefação do objeto da epidemiologia. A concepção expressa pelo conceito de risco é a de um corpo virtual. O homem é representado como receptor vigilante de causas que podem lhe trazer danos ou proteção. O espaço torna-se percebido como complexo de estímulos irradiados e exteriores ao corpo, que se impõe centralmente a todos (Teixeira, 1993). (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 597)

É a partir da geografia crítica que há uma revolução epistemológica na geografia, na qual se passa a discutir temas centrais para a ciência geográfica contemporânea e uma reflexão acerca do espaço como categoria de análise que entenda a sociedade como produtora de espacialidade. A partir deste momento, há uma valorização das questões socioeconômicas e das desigualdades sociais, tornando os geógrafos também atores desses debates. Portanto, é a partir desta perspectiva que vamos pensar o diálogo da ciência geográfica com o pensamento sobre a saúde.

Como citado anteriormente, este trabalho tem como referência teórica o processo de globalização descrito por Milton Santos. Um dos modelos de análise e de enfrentamento do processo saúde–doença, que dialogam com a abordagem teórica do mesmo, é a categoria *território* (MONKEN; BARCELLOS, 2005). E para entendermos como o território se relaciona com a globalização e o processo saúde/doença, segue-se a abordagem proposta por Monken et al. (2008) e Monken e Barcellos (2005). Segundo esses autores, a concepção de espaço geográfico pode ser vista de diferentes maneiras, com também diferentes abordagens escalares e conceitos para explicar os fenômenos em sua totalidade. Nesta direção, o espaço poderia ser entendido como o território usado (SANTOS, 2005), como sistema de objetos e sistemas de ações (SANTOS, 1996), como fixos e fluxos (SANTOS, 1988) e, ainda, como arranjo espacial (MOREIRA, 2011).

Todas estas teorias de compreensão da categoria espaço são pertinentes para entender a espacialidade dos fenômenos. De todo modo, podemos assinalar aquilo que elas apresentam em comum, isto é, se atentarmos para uma perspectiva crítica, pode-se observar que o espaço não é algo que só compreende as estruturas físicas, mas é produto das relações sociais que nele estão inseridas e que ele engendra. Além disso, cabe também localizar que a abordagem da categoria espaço utilizada neste trabalho é a de Santos (1988; 1996). Nesta perspectiva, a categoria espaço não estaria superposta à categoria *território*, uma vez que a primeira possuiria uma dimensão reflexiva que, juntamente à noção de *materialidade*, auxiliaria na construção do próprio conceito de território.

Neste sentido, para Santos (1988; 1996), o espaço geográfico pode ser visto como a interação entre fixos (sistemas de objetos), os lugares do cotidiano, e fluxos (sistemas de ações), as ações (pessoas, capitais, ideias, mercadorias) e, portanto, podemos enxergar o espaço como um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e ações não considerados isoladamente, mas como quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, 1996, p. 63). Espaço este que e construído a partir das relações sociais e por isso importando para diferentes dimensões do processo saúde/doença, conforme se percebe no trecho a seguir:

Desse modo, a identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias, são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos. (MONKEN et al., 2008, p. 24)

Desta maneira, podemos observar que o espaço geográfico é produto e produtor das relações sociais, portanto seu uso é desigual (SANTOS; SILVEIRA, 2011). Isto posto, a categoria território é potente quando se pretende entender os resultados dos processos perversos que o capitalismo nos impõe e, assim, compreender em que medida a globalização configura novas espacialidades, determinando uma gama de doenças e de vulnerabilidades. Neste caminho, surge outro modelo explicativo na história da saúde, para o qual há contribuições brasileiras

dignas de nota. Os trabalhos do geógrafo Milton Santos e as aproximações teóricas com sua obra realizadas pelo médico Paulo Sabroza, por exemplo, iniciaram várias articulações entre o método geográfico, a geografia humana e a saúde coletiva, e têm como ponto convergente as discussões acerca do território, que surge como um meio de abordagem, organização e pactuação dos serviços de saúde (MONKEN et al., 2008).

Dentro desta linha de pensamento, Monken e Barcellos nos dizem:

Neste movimento, destaca-se a importância atribuída aos novos conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia humana que possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando, desse modo, o planejamento de práticas e ações de promoção à saúde. Tanto para a análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar – o que frequentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente. (2007, p. 177)

Nessa direção, nota-se que o território tem uma potencialidade reflexiva, sobretudo quando se trata da identificação, da análise e de proposições para os problemas de saúde. Esta potencialidade se dá, pois, na medida em que a categoria território compreende não só uma dimensão reflexiva (MONKEN et al., 2008), mas também abarca uma dimensão prática, própria das relações sociais de uma determinada configuração social. Portanto, seria uma categoria estratégica para se pensar as políticas de saúde no contexto contemporâneo, sobretudo em conjunturas em que os territórios são cada vez mais oprimidos pelas políticas neoliberais da globalização, conforme apresentado anteriormente.

Foi justamente na percepção desta potencialidade que este trabalho se pautou, na medida em que buscou apresentar os temas globalização e processo saúde–doença, buscando um ponto de convergência entre a geografia crítica e a saúde coletiva. Cara a ambos os campos, a categoria território emerge como possibilidade de interpretação dos males que os processos contemporâneos nos trazem. Sua potência reside no fato de que esta interpretação possa se tornar cada vez mais clara,

para que possamos atuar de forma mais coesa, e não desarticulada com aqueles que vivem o território.

O intuito desta breve sistematização foi contribuir para o entendimento de como o processo de globalização se relaciona com o território e a vida cotidiana, uma vez que um dos pontos mais abordados nos últimos tempos a respeito do processo de globalização é a grande circulação de pessoas e mercadorias. Esta é, para as discussões sobre saúde, um ponto relevante - por exemplo, quanto maior o fluxo de mercadorias, mais vetores, vírus e bactérias circulam por diferentes territórios, ou seja, este já é uma dimensão concreta que esse modelo de mercado impõe à saúde. Outro ponto que os processos perversos impuseram é o declínio da proteção social pelo Estado. As ideologias das empresas dominam cada vez mais a vida cotidiana da população, e assim o dinheiro toma centralidade e o mercado estabelece um modelo de vida e de consumo. Este modelo está diretamente ligado a um modo de ver e de pensar a saúde.

Portanto, o processo de globalização perversa impôs uma nova espacialidade à sociedade, trazendo novos agravos e novas condições sociais que determinam a saúde das populações nos territórios. Como responder essa nova espacialidade contemporânea? Acreditamos que a categoria território possa ser uma grande ferramenta interpretativa para os modelos de gestão e de enfrentamento para a saúde, concordando com o exposto por Monken et al. (2008). E, concluindo, assim como o professor Milton Santos vê uma possibilidade na globalização, o campo da saúde tem um papel central nesse processo de construção de um período popular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 43-57.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica". In: FONSECA, Angélica F; CORBO, Anamaria D. (org.). *O território e o processo saúde–doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 25-50.

_____. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica F; CORBO, Anamaria D. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 51-86.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf. Acesso em: 16 fev. 2012.

CASTRO, Raul. Globalização. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 236-241.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O Conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre a origem da mudança cultural*. 18. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

_____. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008.

HIPÓCRATES. Ares, águas e lugares. In: CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JUNIOR, Wilson A. (org.). *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 91-129.

MAZETTO, Francisco de Assis Penteado. Pioneiros da geografia da saúde: séculos XVIII, XIX e XX. In: BARCELLOS, Christovam (org.). *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 17-33.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica F; CORBO, Anamaria D. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 177-224.

_____ et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MOREIRA, Ruy. *Sociedade e espaço geográfico no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2011.

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec—Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SABROZA, Paulo Chagasteles. *Concepções sobre saúde doença*. Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde. Educação a Distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

SANTOS, Boaventura de Souza. Os processos da globalização. In: _____. *A globalização e as ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 25-102.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo – razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2002.

_____. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológico da geografia*. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. *Por uma geografia nova*. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

_____. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 18. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009. 168p.

_____; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.



ENDOMETRIOSE: ANÁLISE SOBRE A DOENÇA, SUA SINTOMATOLOGIA, SEU DIAGNÓSTICO, SEU TRATAMENTO E SUA INFLUÊNCIA NA VIDA DA MULHER

Helena Silva do Nascimento¹

INTRODUÇÃO

O corpo humano se adapta a várias situações, tais como às variações de temperatura, ao tempo, ao horário, à rotina, entre outras coisas. Ele possui grande versatilidade, podendo estar em diversas circunstâncias diferentes. Porém toda essa pluralidade de modificações pode afetar seriamente nosso organismo e, em especial, está afetando seriamente as mulheres. Por causa de todas essas mudanças no ambiente feminino, algumas doenças começaram a se apresentar com mais frequência. Uma delas é a endometriose.

A principal característica da endometriose é a implantação de tecido endometrial, ou seja, tecido vindo do endométrio,² em partes do corpo feminino que não são o seu lugar original (MATTA; MULLER, 2006). Esse tecido pode ser encontrado no pudendo (região externa do sistema reprodutor feminino), na vagina, no peritônio (pele que reveste a parte interna do corpo humano) e até mesmo na parede do reto (MANTOVANI, 2003 apud MATTA; MULLER, 2006).

A doença afeta mulheres em idade reprodutiva e é estudada há mais de um século, porém até hoje a endometriose não é bem compreendida. Essa situação causa uma séria de desconfortos para a mulher, pois é uma doença que não tem um agente patogênico ou um início definido

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). Atualmente cursa Nutrição na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Daniel Santos Souza (graduado em Ciências Biológicas), do Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais de Saúde (Latec). Contato: nascimento.hs@gmail.com.

² Tecido que recobre internamente o útero.

e não possui um tratamento eficaz em todos os casos. É também de difícil diagnóstico. Apesar disso, também é muito conhecida como a “doença da mulher moderna”. A enfermidade recebeu tal denominação por causa de seu aspecto biopsicossocial, pois as mulheres atualmente estão propensas a mudanças do organismo que não ocorriam antigamente, tais como menarca³ mais precoce e menopausa mais atrasada. Acredita-se que as mudanças na configuração da sociedade tenham afetado o corpo feminino de várias maneiras. Uma das mudanças que pode ter afetado a harmonia do organismo feminino foi a necessidade de ajudar nos custos domésticos, por exemplo. A mulher passou a ter jornadas duplas e até mesmo triplas de trabalho para zelar pelo lar, pelos filhos e também pelo marido, e esse quadro pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença (NAVARRO et al., 2002).

A endometriose pode acarretar, além dos problemas físicos, problemas na vida social da mulher e transtornos psicológicos. É uma doença que não possui prevalência de classe social ou etnia, e por isso torna-se um problema de saúde pública, principalmente pela falta de informações sobre a doença.

O artigo visa esclarecer os principais sintomas e tratamentos da enfermidade, buscando sempre uma maior informação sobre ela. Ver quais são os tipos de endometriose existentes e o quanto eles interferem na vida das mulheres. Para tal, deve-se inicialmente entender o sistema reprodutor feminino, compreender a relação hormônio–doença, observar se há possíveis precedentes da doença, identificar quais os sintomas mais frequentes, qual tratamento é mais eficaz e observar a relação mulher–endometriose.

Para desenvolver este artigo foi feita uma revisão da literatura relacionada com a endometriose para expor de maneira correta tudo o que é necessário mencionar sobre a doença. Dessa maneira, tentar-se-á cobrir o máximo de dúvidas e questionamentos a respeito do processo de desenvolvimento da endometriose.

³ Primeira menstruação da mulher.

SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Entender o sistema reprodutor feminino é importantíssimo para compreender o quanto a região abdominal fica comprometida com o avanço da doença. O sistema reprodutor da mulher é composto por uma parte externa e uma parte interna. A parte externa é constituída por grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, prepúcio do clitóris, óstio externo da uretra (pois ele é comum ao sistema urinário) e a entrada do canal vaginal (figura 1). Internamente, observa-se o canal vaginal, colo do útero, canal do colo do útero, o útero, as tubas uterinas e ovários (figura 2).

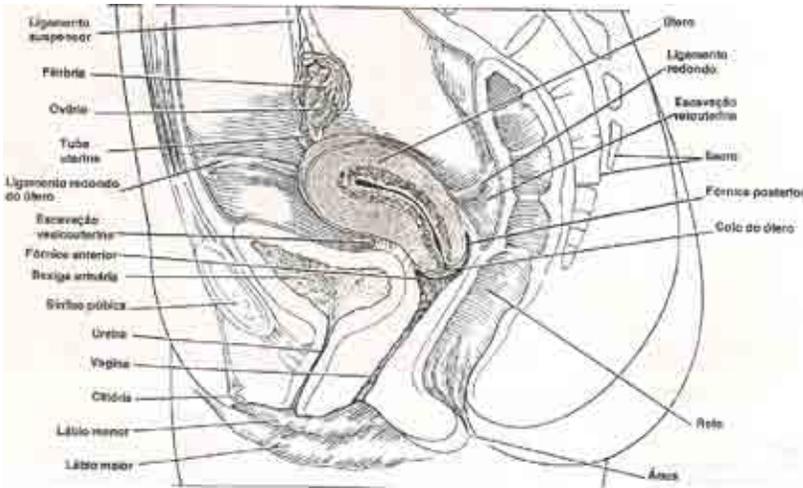


Figura 1 – Visão da parte abdominal do corpo feminino.

Fonte: Spence, 1991.

Todo o sistema reprodutor feminino possui revestimento. O mais superficial deles, e de grande importância para entender os possíveis comprometimentos da doença, é o peritônio, que, por envolver o sistema reprodutor feminino, é também chamado de perimétrio, tendo origem visceral (voltado para as vísceras). Esta película é uma estrutura comum a vários órgãos, então pode ocorrer um compartilhamento da lesão entre os órgãos. O peritônio se localiza mais precisamente na face posterior da

bexiga para o istmo do útero e então sobe para a parte vesical do corpo. Ele então cobre a parte posterior do útero, desce sobre a face intestinal do corpo e dorso do colo do útero e da parte superior da vagina, de onde se reflete para a parte anterior do reto.

O útero é o órgão do sistema reprodutor feminino que é crucial para a compreensão da doença, pois ele faz parede com a bexiga e o reto. Ele possui formato semelhante ao de uma pera invertida, tem grande elasticidade e mede em torno de 7 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2,5 cm de espessura. O órgão é dividido em três partes: o corpo do útero é a parte mais dilatada, a parte superior é chamada de fundo do útero e a parte mais estreita que abre na vagina é o cérvix, ou colo uterino (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

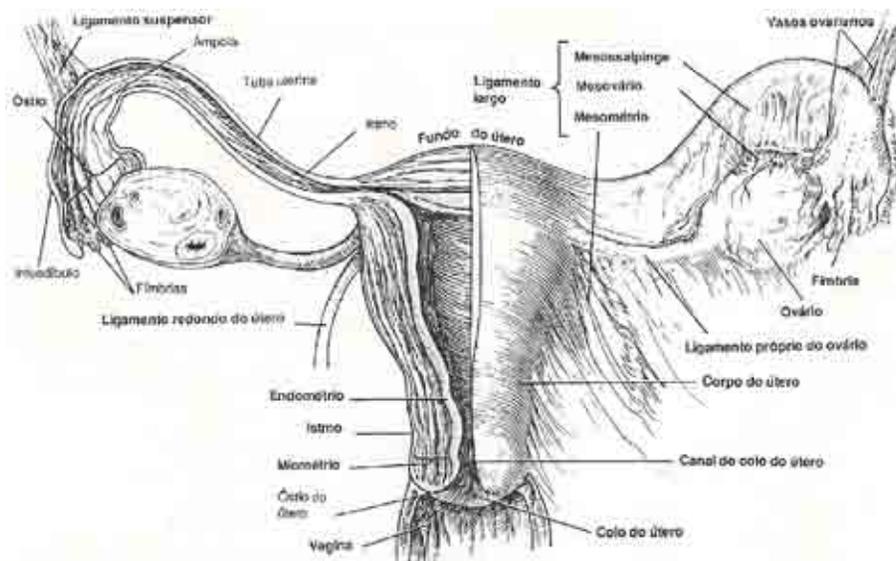


Figura 2 – Sistema reprodutor feminino.
Fonte: Spence, 1991.

Esse órgão possui uma parede relativamente espessa, que é formada por três camadas. Externamente há uma serosa, que é formada por tecido conjuntivo e mesotélio, ou seja, a camada de tecido epitelial pavi-

mentososo simples. A segunda camada, a mais espessa, é formada por pacotes de fibras musculares lisas separadas por tecido conjuntivo recoberto, o miométrio, que auxilia nas contrações do útero. A finalidade dessas contrações é expulsar o endométrio, por isso algumas mulheres sentem cólicas ao menstruar, ou auxiliar no trabalho de parto, por exemplo. Na parte interior do órgão, o endométrio recobre a cavidade uterina (figura 3).

Ele é dividido em duas partes: a camada basal e a camada funcional. A primeira está localizada perto do miométrio; a segunda é mais superficial. A parte que sofre alterações é a camada funcional; a camada basal permanece inalterada. A camada funcional é altamente vascularizada e é ela que é perdida quando ocorre a menstruação. A menstruação consiste na perda de sangue e de vasos sanguíneos que são formados para preparar o ambiente para o feto. Esse processo só se conclui dessa forma quando a fecundação não ocorre, e é conhecido como ciclo menstrual, ocorrendo, de maneira geral, todos os meses nas mulheres.

Quando ocorre a fecundação, a camada funcional do endométrio não se desprende, permanecendo onde está e protegendo o óvulo ao longo de toda a gravidez. O endométrio é o alvo da nossa discussão, pois é a inflamação nele que causa as lesões que descamam e provocam a doença.

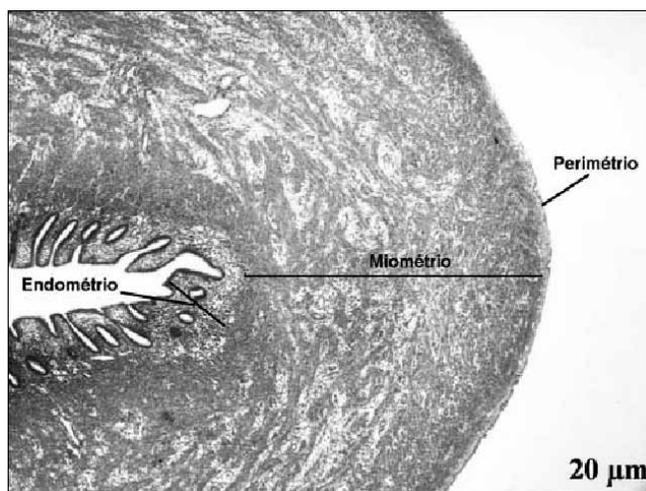


Figura 3 – Imagem que retrata as três principais camadas do útero.
Fonte:Universidade Federal de São Paulo, 2008.

CICLO REPRODUTIVO FEMININO

Para compreender a relação entre os tecidos do sistema reprodutor feminino, os hormônios e o aparecimento da doença, é necessário antes entender todo o ciclo reprodutor feminino, pois ele é a chave desse sistema.

O sistema reprodutor feminino está propício a mudanças causadas por dois hormônios principais, o estrógeno e a progesterona. Estes dois hormônios são produzidos no ciclo ovariano, ou seja, é aquele que matura e libera o óvulo, e influenciam diretamente nas mudanças cíclicas do útero, que resultam no ciclo menstrual. Essas mudanças começam a ocorrer após a puberdade e têm durações cíclicas de cerca de 28 dias, sendo que o ciclo varia de acordo com a mulher ou mesmo com o período que uma mulher vive. A menarca geralmente ocorre em torno dos 12 anos e a menopausa a partir dos 45 anos (figura 4). A mulher só é fértil nesse período, pois o ciclo menstrual está diretamente relacionado ao ciclo ovariano e, conseqüentemente, quando não há um não ocorre o outro. É exatamente nesse período, enquanto a mulher é fértil, que a endometriose age, pois ela depende desses dois ciclos para se manter.

O ciclo menstrual é dividido em três fases e seu começo é marcado pelo primeiro dia de liberação do fluxo menstrual. As fases são: proliferativa, secretória e menstrual (figura 5). A primeira fase, que é a proliferativa, começa quando a menstruação termina. Nessa fase o endométrio possui uma espessura de cerca de 0,5 mm e está sob a influência do estrogênio, ele age no endométrio induzindo a proliferação celular, fazendo com que ele aumente de espessura gradualmente. As células epiteliais começam a acumular cisternas de retículo endoplasmático rugoso e o aparelho de Golgi aumenta de tamanho, fazendo com que a espessura aumente mais e se preparando para a fase secretora. No fim dessa fase o endométrio mede cerca de 3 mm de espessura.

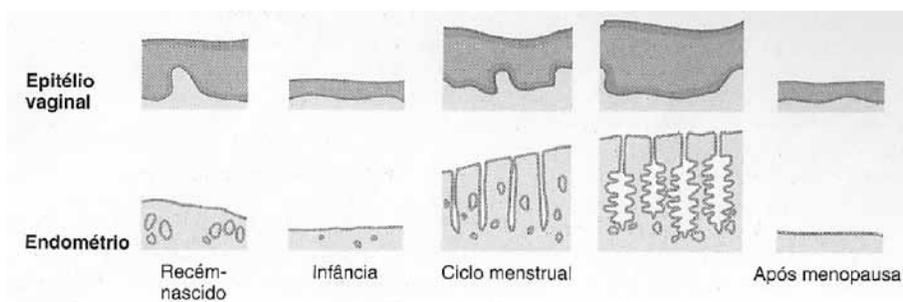


Figura 4 – Modificações do endométrio durante a vida da mulher.

Fonte: Junqueira; Carneiro, 2004.

Após a fase proliferativa, ocorre a fase secretora. Essa fase começa após a ovulação e é influenciada principalmente pela progesterona; nessa fase, o endométrio chega à sua espessura máxima, que gira em torno dos 5 mm. Este resultado vem do processo que ocorre nesta fase, que passa pelo crescimento da mucosa, acúmulo de secreção e edema do estroma. Pela influência dos hormônios as células epiteliais continuam crescendo e secretando um fluido rico em glicogênio. As artérias do endométrio se alargam e espiralam, os vasos sanguíneos estão preparados para a formação da placenta e a progesterona inibe as contrações do miométrio para aumentar as chances de gravidez. É nessa fase que deve ocorrer a fecundação.

Após certo período a produção dos hormônios cai. Este processo causa ciclos de contração das artérias espirais, bloqueando o fluxo sanguíneo produzindo uma isquemia, provocando a morte das paredes das artérias. Ocorre o mesmo processo com a camada funcional do endométrio que é irrigada por estes vasos. As artérias se rompem após os locais de constrição e o sangramento começa, esse é o início da fase menstrual (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004). Parte da camada funcional do endométrio é separada e o resto do endométrio se encolhe por causa da perda dos fluidos. Dessa forma, o endométrio é reduzido a uma forma delgada e se prepara para recomençar seu ciclo. O ciclo menstrual segue todas essas fases, podendo, no entanto, variar seu período entre as mulheres e na mesma mulher.

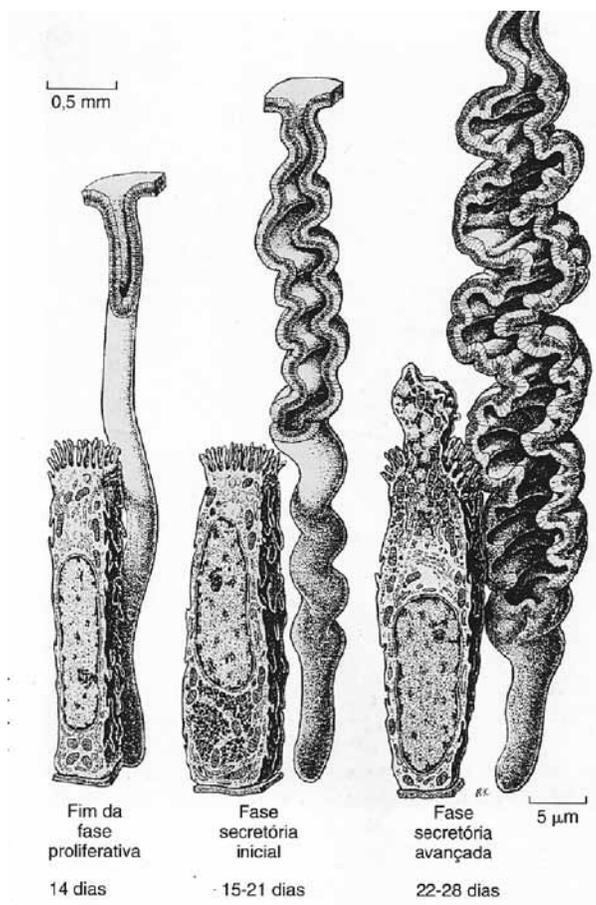


Figura 5 – Imagem das espessuras do endométrio.
Fonte: Junqueira e Carneiro, 2004.

ENDOMETRIOSE

A endometriose é caracterizada pelo implante ectópico de tecido endometrial, ou seja, pela invasão do endométrio em regiões que não são designadas para ele, invasão que, por isso, causa uma reação crônica e inflamatória (MATTA; MULLER, 2006; NAVARRO et al., 2002). A endometriose é também conhecida como doença da mulher moderna, apesar de já ser estudada há mais de cem anos.

A doença recebe esse nome por causa de seu aspecto biopsicosocial atual. Ao longo dos anos por causa de todas as mudanças que ocorreram na sociedade, nos cuidados à saúde, no mundo, o organismo feminino mudou e com isso as mulheres ficaram suscetíveis a menarcas precoces, que antes ocorriam a partir dos 15 e no modelo atual ocorrem em torno dos 12 anos, e a menopausas mais tardias. Esse quadro aumentou o número de ciclos menstruais que a mulher possui na vida e isso acarretou uma maior exposição da mulher a possíveis implantações de tecidos endometriais.

Essa situação pode causar diversos problemas na vida das mulheres portadoras. Essa doença tem sido a doença benigna mais comum entre as mulheres em idade reprodutiva nos últimos tempos. Cerca de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva são acometidas (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000). Seus sintomas principais e mais característicos são a dor aguda, sendo que a sua localização e a intensidade variam de mulher para mulher, e a infertilidade. A endometriose lidera as causas de infertilidade em mulheres acima dos 25 anos, e possivelmente cerca de 30-40% das mulheres inférteis tenham algum grau de endometriose (MATTA; MULLER, 2006). Nesse caso podemos ver o quanto a endometriose atrapalha a vida da paciente em vários pontos, porém falaremos disso mais adiante.

Em relação às características físicas da doença, observa-se a coloração e o tamanho das lesões. Estas podem dizer muita coisa com relação ao andamento da doença. De acordo com Viscomi et al. (2004), a coloração das lesões se apresenta de três formas: vermelha, negra e branca, cada uma com uma função diferente. As lesões vermelhas representam o estágio inicial da implantação da lesão e são ativas, ou seja, seguem o ciclo reprodutivo feminino. Elas se concentram principalmente nos ligamentos que seguram o útero (NISOLLE; DONNEZ, 1997), e demonstram também a presença de numerosas glândulas endometriais ativas. Com o passar do tempo essas lesões sofrem a ação do ciclo reprodutor feminino e descamam da mesma forma que o endométrio, todos os meses. A partir daí essas mesmas lesões tendem à inflamação e passam a possuir uma coloração enegrecida, que ficam dessa forma por causa da retenção de pigmentos sanguíneos. E, por fim, temos as lesões esbranquiçadas que

representam aquelas muito antigas que já perderam o pigmento e a vascularização interna.

Há outra maneira de se classificar as lesões, de acordo com Abrão et al. (2007). Segundo esse autor as lesões podem ser divididas em: vermelhas, amarelas, marrons e negras. E essas lesões podem possuir diversas formas, tais como polipoide, cística e fibrótica. A relação das cores é parecida com a citada anteriormente, a diferença pontuada por esta classificação se baseia na lesão marrom, que seria a passagem da lesão vermelha para a enegrecida.

Esse endométrio pode se espalhar para diversas partes do corpo, dentro ou fora do sistema reprodutor feminino. Para entender como isso ocorre deve-se lembrar de que todos os órgãos do corpo são revestidos por tecidos, sendo que alguns destes são compartilhados por estes órgãos, como é o caso do útero e da bexiga que compartilham o peritônio. Também se deve lembrar que esses tecidos estão aderidos uns aos outros, logo eles possuem uma grande chance de compartilharem algum tipo de lesão. Isso tudo nos mostra o quanto a doença pode se agravar se não for diagnosticada rapidamente.

Causas

A endometriose é conhecida a mais de um século, e ao longo dos anos vários estudos e teorias foram apresentados sobre a doença. Apesar de todos esses esforços, ainda se sabe muito pouco sobre a origem da endometriose e sobre sua cura, porém algumas teorias são largamente discutidas. Há algumas correntes de teorias de como a endometriose poderia se desenvolver no corpo das mulheres, mas apenas três dessas teorias são mais aceitas.

A primeira teoria consiste no desenvolvimento *in situ* (VAN DER LINDEN, 1996). Essa teoria diz que a origem da endometriose seria embrionária, no processo de formação embrionária no momento de formação das gônadas há dois ductos, de Müller e de Wolffian, e dependendo do sexo um ducto se desenvolve e o outro se retrai. No caso do sexo feminino, o ducto de Wolffian se retrai e o de Müller se desenvolve. Porém no caso das mulheres que teriam desenvolvido a endometriose no

desenvolvimento embrionário teriam partículas de ductos de Wolffian no útero e tubas uterinas, e eles teriam se desenvolvidos e formado os endometriomas. Essa conclusão foi feita a partir da observação da semelhança entre as lesões e os ductos.

A segunda teoria consiste na metaplasia celômica (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008). Essa teoria consiste na mudança da estrutura tecidual de dois órgãos próximos, e a partir dessa mudança esses dois órgãos passam a compartilhar o mesmo tecido diferenciado. A mudança na estrutura do tecido pode ocorrer de duas formas: após um processo inflamatório ou por influências hormonais. Esse tecido diferenciado é estranho para ambos os órgãos que o compartilham e com isso tende a inflamar. Quando essa metaplasia ocorre no útero com algum outro órgão que faça parede com ele, como a bexiga, forma-se um endometrioma. Dessa forma a teoria é aceita, pois explica a origem da endometriose.

A terceira teoria é a da menstruação retrógrada (VAN DER LINDEN, 1996; BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008). Esse tipo de menstruação ocorre em grande parte das mulheres, cerca de 90%, mas apenas algumas desenvolvem endometriose, algo que gira em torno de 10% (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000). A ideia da menstruação retrógrada consiste na afirmação de que a menstruação têm dois sentidos, um em direção à parte externa do corpo e outro em direção à parte interna (figura 6). Quando a menstruação sofre esse refluxo ela se direciona para os órgãos do sistema reprodutor feminino passando pelas tubas uterinas e chegando aos ovários. Contudo o final das tubas uterinas tem uma abertura que leva para a cavidade interna do abdômen e então o fluxo sanguíneo cheio de tecido endometrial se direciona exatamente para este local, explicando dessa forma como a endometriose pode ser encontrada em órgãos distantes do sistema reprodutor feminino.

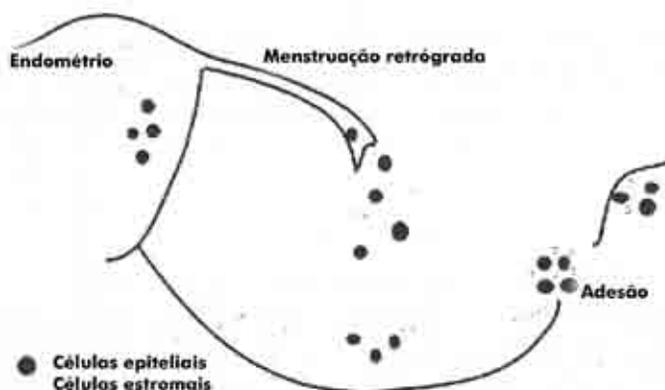


Figura 6 – Demonstração do fluxo menstrual da menstruação retrógrada.
 Fonte: Van der Linden, 1996.

Divisões da endometriose

No ano de 1997 foi formulada uma divisão para os casos de endometriose (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008). Ela foi dividida de acordo com os tipos de lesões e os locais de aparecimento da doença. Já no ano de 2000 a doença obteve uma nova divisão. Essa divisão ocorreu de acordo com a “expressão da atividade do endométrio” (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008, p. 196). A divisão ficou dessa forma: endometriose e adenomiose. A endometriose é caracterizada pelo aparecimento de lesões mais superficiais nos ovários, trompas e peritônio pélvico. E a adenomiose é caracterizada pelo aparecimento das lesões na região retrouterina, uterina ou recesso vesico-vaginal (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008).

Há também outro tipo de classificação, a da Sociedade Americana de Fertilidade, que classifica a endometriose de acordo com sua extensão, e divide as pacientes em quatro tipos: tipo I, mínima, tipo II, leve, tipo III, moderada e tipo IV, severa (ABRÃO et al., 2007).

Por questões didáticas será utilizada a divisão formulada no ano de 1997, pois dessa maneira a explicação das áreas de acometimento da doença se tornam mais fáceis de entender. A primeira das divisões é a da endometriose peritoneal (figura 7). Esta ocorre em locais mais superficiais podendo apresentar sintomas mais brandos do que os outros dois tipos de

endometriose (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008). A teoria de menstruação retrógrada, ou seja, o fluxo menstrual iria tanto para a parte externa quanto para a parte interna do corpo, permite entender como ocorre essa invasão do tecido endometrial, pois quando ocorre a menstruação células endometriais entram na cavidade peritoneal passando pelas trompas de Falópio. É interessante ressaltar que cerca de 60-90% das mulheres têm menstruação retrógrada, mas apenas 10% desenvolvem a endometriose (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

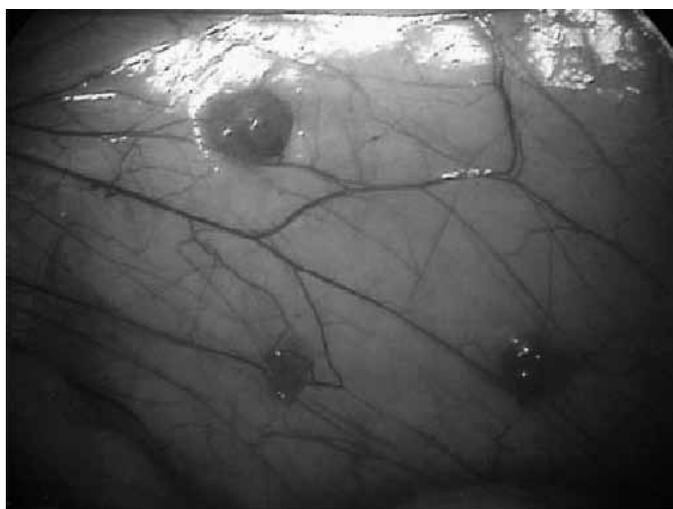


Figura 7 – Endometriose peritoneal.
Fonte: Kondo, s.d.

No caso da endometriose ovariana (figura 8), a área de acometimento é outra. Para serem consideradas como tal as lesões devem estar implantadas superficialmente nos ovários. Podemos dizer que é um tipo intermediário de endometriose, pois não é tão branda nem tão devastadora (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008).



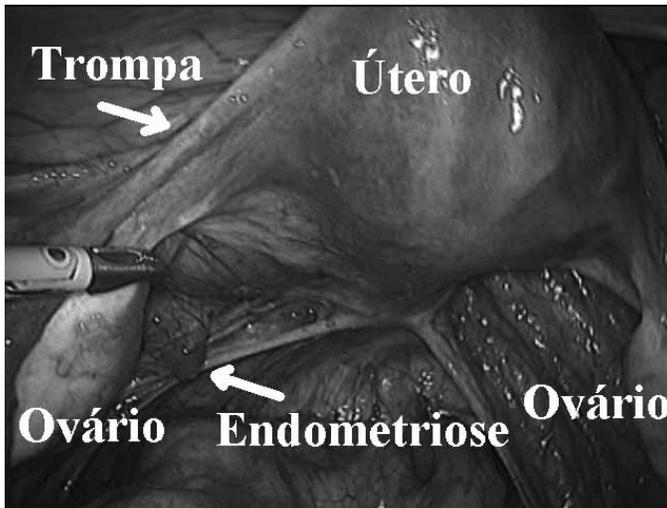


Figura 8 – Endometriose ovariana.
Fonte: Kondo, s.d.

Por último temos a endometriose profunda, o modelo mais severo de endometriose. Este tipo de endometriose acomete regiões fora da cavidade uterina tornando-se uma preocupação para toda região abdominal (figura 9). As lesões feitas por esse tipo de endometriose possuem mais de 5mm e podem perfurar algumas regiões, como é o caso da retovaginal e da retossigmoide (figura 10). Mas também há a possibilidade dessas lesões ocorrerem na bexiga e nos ureteres (ABRÃO; NEME; AVERBACH, 2003). As lesões provocadas por esse tipo de endometriose são mais frequentes no ligamento útero-sacro, no fundo do útero e na região retrocervical.



Figura 9 – Ultrassonografia de um foco de endometriose invadindo outro órgão.
Fonte: Imagem cedida pela Dra. Lúcia Pedroso.

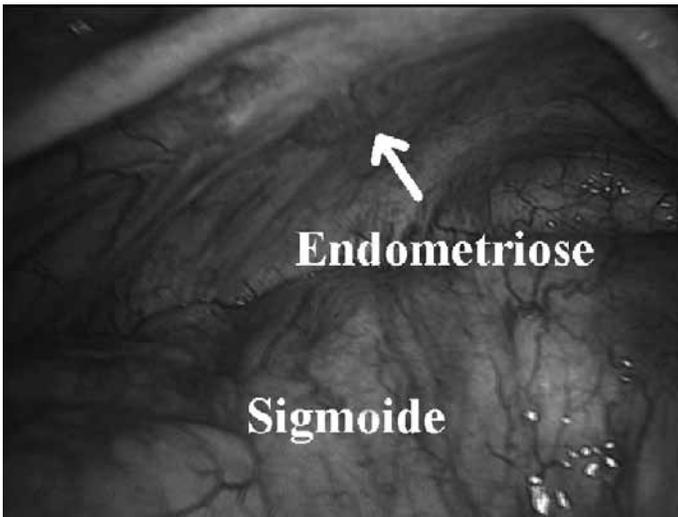


Figura 10 – Videolaparoscopia de um foco de endometriose.
Fonte: Kondo, s.d.

Abrão, Neme e Averbach (2003) subdividem a endometriose profunda em três tipos, onde todos estão relacionados com a localização e profundidade da lesão (figura 11). A endometriose profunda tipo I é uma lesão típica ou atípica envolta por um tecido cicatricial em forma de cone. Na endometriose tipo II, a lesão é formada pela retração do reto envolvendo uma lesão típica. E, por último, a de tipo III, quando o nódulo endometriótico infiltra o septo retovaginal ou outro local.



Figura 11 – Demonstração das subdivisões da endometriose profunda.
Fonte: Abrão, Neme e Avebach, 2003.

A endometriose possui algumas peculiaridades, dentre elas a de possuir uma gama de sintomas e intensidades, provocando assim uma maior dificuldade de diagnóstico. Há dois sintomas que são característicos da doença: dor e infertilidade. Além desses dois sintomas há outros que variam de mulher para mulher: dispareunia (dor durante as relações sexuais), dor pélvica crônica, dismenorreia (cólica menstrual intensa) e irregularidade menstrual. Alterações intestinais e urinárias cíclicas também são vistas, tais como dor ao evacuar, diarreia, disúria perimenstrual (dor durante a micção no período menstrual), polaciúria (aumento da frequência miccional), urgência miccional e hematúria (sangue na urina) (ABRÃO, 1995).

Alguns dos sintomas da endometriose demoram certo tempo para evoluir e se tornarem aparentes. Essa condição pode acarretar certos danos permanentes nas mulheres, no seu sistema reprodutor, por exemplo, e também acarretam diagnósticos tardios, trazendo mais um problema para estas mulheres.

Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico pode ser feito de várias formas, porém há três principais: ultrassonografia, ressonância magnética e videolaparoscopia.

A ultrassonografia (figura 12) consiste num método que utiliza o eco produzido pelo som para reproduzir imagens. É um método bem barato e versátil. As imagens produzidas por ele, em relação à endometriose, geralmente mostram claramente as lesões e as perfurações que ela pode ocasionar.

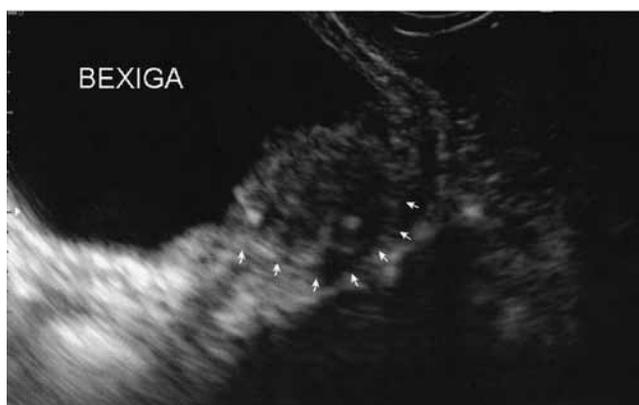


Figura 12 – Representação de uma ultrassonografia.

Fonte: Imagem cedida pela Dra. Lúcia Pedroso.

A ressonância magnética é um método que oferece melhores imagens, obtidas por uma câmara magnética que examina os locais que o contraste, injetado no paciente anteriormente, indica. É um ótimo auxílio para observar a endometriose, pois capta locais que a ultrassonografia não mostra, permitindo assim que o médico tenha uma melhor visão da progressão da doença.

A videolaparoscopia é um processo invasivo (figura 13). Ela consiste na introdução de uma alça de metal no abdômen da paciente. Esse exame permite realizar procedimentos diagnósticos e também procedimentos cirúrgicos, pois possibilita visualizar os órgãos internamente. É amplamente utilizado, pois permite que o médico faça uma intervenção no meio do exame. É, por exemplo, o caso da endometriose profunda, este tipo só pode ser tratado cirurgicamente, por isso o uso da videolaparoscopia é bastante utilizado. É interessante observar que neste caso o método de diagnóstico, a videolaparoscopia, é também o de tratamento, a intervenção cirúrgica.

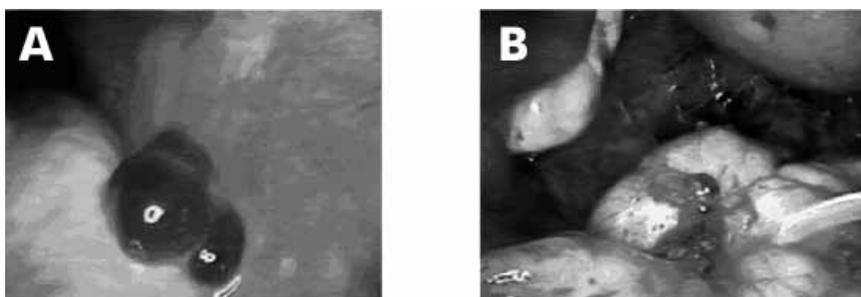


Figura 13 – Imagens feitas por videolaparoscopia: A) Lesão de endometriose peritoneal (lesão em pólipó avermelhado); B) Lesão de endometriose na serosa do sigmoide.

Fonte: Viscomi, 2004.

A primeira medida de tratamento é tratar as sequelas já existentes, evitando que elas se espalhem. Isso é feito com o uso de hormônios, principalmente os agonistas de hormônio liberador de gonadotrofina – ou GnRH –, que controlam os hormônios ligados aos órgãos sexuais. No caso da mulher ele controla a ação do estrogênio e o da progesterona. Então o intuito desse remédio é, principalmente, inibir a ação do estrogênio. Todo o corpo humano é controlado por hormônios, e o sistema reprodutor feminino possui dois principais, o estrogênio e a progesterona (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004). Para entender como esse remédio inibe a ação desses dois hormônios devemos compreender primeiro como seria o ciclo hormonal sem a ação deste.

Primeiramente o GnRH é liberado pelo hipotálamo e atua sobre a hipófise fazendo com que ela produza a primeira gonadotrofina, o FSH (hormônio folículo estimulante). Esse hormônio vai influenciar os ovários a produzir estrogênio. Com o aumento da quantidade de estrogênio este vai reestimular a hipófise para liberar a segunda gonadotrofina, o hormônio luteinizante (LH). Esse hormônio vai influenciar nos ovários provocando a liberação do último hormônio, a progesterona.

Quando a mulher utiliza esse medicamento, a ação do primeiro estímulo é inibida, e então os hormônios não fazem o seu ciclo normal, impedindo assim a menstruação da mulher. Sem a menstruação a paciente que possui a endometriose poderá curar suas lesões sem que elas corram o risco de aumentar, pois não haverá ciclo menstrual para que isso ocorra. É por isso também que muitas pacientes em tratamento de endometriose ficam longos períodos sem menstruar (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

O diagnóstico da doença é mais frequentemente feito através de laparoscopia e o tratamento em sua maioria é feito com supressores mensstruais, com uso de anticoncepcional continuado ou agonista do GnRH (MATTA; MULLER, 2006).

Atualmente há mulheres que fazem tratamentos além destes, como terapias e acompanhamento psicológico, pois a doença pode trazer grandes transtornos mentais para as pacientes. Muitos médicos já indicam algum tratamento deste universo, pois estes ajudam a controlar alguns sintomas da endometriose, mais à frente esse tema será abordado de forma mais abrangente.

Aspectos psicológicos e sociais da doença

Como pudemos observar a endometriose é uma doença cuja característica básica é a presença de tecido endometrial fora de seu lugar característico. Esse quadro traz transtornos às pacientes portadoras dessa doença.

Como já vimos esses focos de endometriose podem ser invasivos ou superficiais, e sua estrutura é determinada pelos hormônios, e muitas vezes essas mudanças causam dor e aumentam as lesões. Essas lesões podem ocorrer no peritônio, nos ovários, nas tubas uterinas, na vulva, na vagina,

no períneo, na parede abdominal, entre outros locais, causando imensa dor e incômodo (MANTOVANI, 2003 apud MATTA; MULLER, 2006).

Alguns casos relatados (MATTA; MULLER, 2006) mostram que a endometriose começa a aparecer após alguns períodos de grande estresse, ansiedade ou de grande inquietação contribuindo cada vez mais para o aparecimento e o desenvolvimento da doença.

Essa relação entre corpo e mente é tão presente na vida da mulher com endometriose que seu perfil auxilia no diagnóstico da doença, existem características emocionais perceptíveis nestas mulheres, tais como: elevado coeficiente intelectual, perfeccionismo, egocentrismo, ansiedade e estresse psíquico, também são observados altos graus de introversão e ansiedade, níveis muito maiores do que nas outras mulheres (NAVARRO et al., 2002).

A doença também modifica de certa forma a personalidade da mulher, pois esta adquire alguns traços característicos. De acordo com um estudo feito por Abrão et al. (2007), esses traços são: ansiedade, autoexigência, insegurança, mecanismos de defesa estruturados, alta capacidade de controle e comando, intolerância diante das falhas humanas ou frente a situações de frustrações, não- contato com suas emoções e onipotência.

Por ser uma doença multifacetada, a endometriose tem sintomas e intensidades diferentes em cada mulher que a possui. Por isso o diagnóstico tende a ser demorado e muitas vezes as mulheres passam por uma “odisseia médica” para descobrir o diagnóstico. Ocorrem casos de pacientes que são consideradas “psicossomáticas”, ou seja, que seus sintomas provêm de algum distúrbio mental, não de algum sintoma físico, pois alguns médicos não investigam a doença a fundo e acaba sendo mais fácil acreditar que ele possui este tipo de paciente. A endometriose é uma doença ambígua; de acordo com Matta e Muller, é a “doença dos contrastes clínicos” (2006, p. 62), pois apesar de ser uma doença benigna pode apresentar um quadro clínico devastador. Toda essa situação realmente traz problemas psicológicos para essas mulheres, pois os sintomas passam a esbarrar na linha tênue entre o físico e o psíquico.

Esse é um dos motivos pelos quais a doença se torna cada vez mais enigmática. Não há nenhuma relação nítida entre a intensidade da dor e o tamanho da lesão das pacientes. Existem, por exemplo, pacientes com

grandes lesões que são assintomáticas, ou seja, não sentem nenhuma dor e, existem pacientes que possuem dor intensa e uma lesão considerada leve (NAVARRO et al., 2002).

A dor pélvica pode acarretar transtornos físicos, psíquicos e sociais, pois modifica muito o convívio social daquela paciente. Apesar de ocorrerem teorias que apontam uma origem para explicar a dor física, acredita-se que em torno de 60% dos casos de endometriose o fator psicológico esteja presente de forma isolada ou concomitante.

Essa transitoriedade de médicos e da doença agrava ainda mais a estabilidade emocional da mulher podendo levá-la a quadros de depressão por não saber ao certo que doença possui e também por não sentir mais confiança nos médicos. Quando é obtido o diagnóstico da doença esta situação se torna um alívio para as mulheres, pois descobrem que não possuem uma doença de cunho maligno. Mas nem sempre as notícias são todas boas. Como o diagnóstico muitas vezes é demorado algumas lesões feitas pela doença são irreversíveis e podem levar a paciente a perder parte do seu sistema reprodutor.

Os quadros de dor envolvem componentes físicos e emocionais, e em grande parte esse envolvimento é retratado, majoritariamente, por dois transtornos psicológicos: depressão e ansiedade (NAVARRO et al., 2002).

Nas mulheres portadoras de endometriose os outros sintomas mais recorrentes são: humor deprimido, diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente satisfatórias, irregularidade no peso, problemas no sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, pensamentos de morte, entre outros. É interessante observar como a depressão tem avançado na população feminina. Cerca de 5-9% das mulheres possuem este transtorno mental, o que torna uma preocupação do ponto de vista médico e social (NAVARRO et al., 2002).

Outra discussão importante sobre a depressão consiste no fato de ser considerada uma doença somática, pois apesar de se manifestar isoladamente, também é comum estar relacionada com outras doenças, como é o caso da endometriose. O que torna interessante essa discussão sobre depressão gira em torno do que, em teoria, a causa, que é a dor. Mas dor também é um fator de somatização, logo não se sabe qual sintoma desen-

cadeia o outro. Da mesma forma que a depressão pode causar a dor, a dor pode causar a depressão. É uma relação controversa, na qual não se tem certeza do que vem primeiro.

A vida das mulheres que possuem a endometriose se torna um turbilhão, pois não se sabe ao certo por que a doença começa, quais as suas causas e qual é a cura definitiva. A característica mais certa que se sabe sobre a doença é que ela ataca mulheres em idade reprodutiva, pois é uma doença estrogênio-dependente (FERNANDES et al., 2003) e tem menores ocorrências com mulheres de idades mais avançadas, principalmente quando chegam na menopausa.

A mulher que possui a enfermidade vive uma luta a cada dia contra seu próprio corpo, contra suas dores e suas limitações. Apoia-se em remédios muito fortes para poder viver cada dia, fazendo as coisas que gosta, lutando para manter seu trabalho e sua posição social. Tenta manter suas relações com o mundo apesar de toda dificuldade que a doença coloca a sua frente.

Essa mesma mulher tem que cumprir seus deveres com a sociedade, em seu papel de cidadã, saciar suas vontades, conduzir da melhor maneira o trabalho que exerce e estar disposta para eventuais acontecimentos. A endometriose é uma doença dúbia, é benigna, mas causa muitas marcas que podem ser devastadoras (PASSOS et al., 2000).

CONCLUSÃO

Quando o estudo sobre a endometriose é iniciado, há uma ideia completamente equivocada sobre a doença, acredita-se que é uma doença simples. Porém, ela possui muito mais complicações do que muitas outras doenças.

O artigo mostra exatamente essa parte além do senso comum, porém não consegue alcançar todos os pontos que pretendia por causa da escassez de informações sobre esta. A doença ainda não possui causa certa e seu tratamento não necessariamente leva à cura. Ainda é uma doença pouco compreendida, porém os estudos feitos ao longo dos anos vêm trazendo informações importantíssimas sobre esta. Uma dessas infor-

mações é a relação da endometriose com transtornos mentais, tais como a depressão.

Essa relação entre a parte física da doença e a parte psicológica se mostrou extremamente abundante e surpreendentemente importante, pois não se imagina algo do tipo. Dessa forma podemos observar o quanto ela realmente afeta a vida das mulheres que a possuem. Ela não tem prevalência de etnia e condição social, e suas complicações geram muitos problemas para as mulheres e pra sociedade como um todo.

É uma enfermidade que ainda deve ser muito estudada e pesquisada, pois é cada vez mais controversa e difícil de compreender. Esse artigo tentou dar uma visão ampla de diversos aspectos da endometriose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Maurício Simões. Perfil epidemiológico e clínico da endometriose: estudo de 180 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n. 7, p. 779-784, 1995.

_____ et al. Avaliação da classificação histológica da endometriose observada em implantes de mulheres portadoras de endometriose pélvica superficial e profunda. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 29, n. 11, p. 568-574, 2007.

_____ ; NEME, Rosa Maria; AVERBACH, Marcelo. Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 192-197, jul.-set. 2003.

BERBEL, Bruna Thormazelli; PODGAEC, Sérgio; ABRÃO, Maurício Simões. Análise da associação entre o quadro clínico referido pelas pacientes portadoras de endometriose e o local de acometimento da doença. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 87, n. 3, p. 195-200, jul.-set. 2008.

COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. *Robbins: patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FAHMY, Walid Makin et al. Avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico de pacientes portadoras de endometriose do septo retovaginal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 27, n. 10, p. 613-618, nov. 2005.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos et al. Demora para diagnosticar a endometriose pélvica em serviço público de ginecologia em Campinas.

- Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 12, n. 2, p. 123-129, 2003.
- JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. *Histologia básica*. 10. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.
- KONDO, William. Site profissional do Dr. William Kondo, com informações médicas. Curitiba, [s.d.]. Disponível em: <http://drwilliamkondo.site.med.br/index.asp?PageName=Endometriose-20-2D-20Imagens>. Acesso em: 29 fev. 2012.
- MATTA, Adriana Zanona da; MULLER, Marisa Campio. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 7, n. 1, p. 57-72, 2006.
- MOURA, Marcos Dias de et al. Avaliação do tratamento clínico da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 85-90, 1999.
- NAVARRO, Paula Andrea de Albuquerque Salles; BARCELOS, Ionara Diniz Santos; SILVA, Júlio César Rosa. Tratamento de endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 28, n. 10, p. 612-623, 2006.
- NAVARRO, Maria José et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 217-221, 2002.
- NISOLLE, Michelle; DONNEZ, Jacques. Peritoneal Endometriosis, Ovarian Endometriosis, and Adenomyotic Nodules of the Rectovaginal Septum Are Three Different Entities. *Elsevier Science*, v. 68, n. 4, p. 585-596, Oct. 1997.
- PASSOS, Eduardo Pandolfi et al. Endometriose. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, v. 20, n. 2, p. 150-162, 2000.
- SPENCE, Alexander P. *Anatomia humana básica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1991.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). DEPARTAMENTO DE HISTOLOGIA E BIOLOGIA ESTRUTURAL. Útero. *Histologia*. São Paulo: Unifesp, 2008. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dmorfo/histologia/ensino/utero/>. Acesso em: 28 fev. 2012.
- VAN DER LINDEN, Paul J. Q. Theories on the Pathogenesis of Endometriosis. *Human Reproduction*, v. 11, n. 3, p. 53-65, 1996.
- VISCOMI, Francesco Antonio et al. Correlação dos aspectos laparoscópicos com as alterações histológicas glandulares das lesões endometrióticas peritoneais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 344-348, 2004.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO DA HOMEOSTASE CORPORAL EM DIABETES MELLITUS: A CONSTANTE BUSCA DO ORGANISMO HUMANO PELA SOBREVIVÊNCIA

Igor José da Silva¹

Deslumbramento – é esse o estado de espírito com o qual eu gostaria que vocês olhassem para o tema nesse momento.

Charles Sherrington

No decorrer da história foram forjados e mesmo utilizados diversos conceitos sobre as causas e formas de atuação das doenças. Entre elas pode-se citar a teoria dos miasmas (maus-ares) que atribuía a transmissão de doenças, como a malária, aos odores de pântanos ou acúmulos de lixo (MARTINS, 1994). Acreditava-se ainda no corpo humano como uma estrutura bem menos subdividida do que se sabe hoje, o que explicaria, por exemplo, as enfermidades que causam reações por todo o organismo. Com o tempo, foram sendo realizadas as descobertas a nível microscópico, como as células e os micro-organismos.

Os avanços na biologia mostraram que a complexidade do corpo vem desde cada organela celular, ou ainda de elementos internos a elas, como proteínas e substâncias químicas. Apesar disso, os sintomas das doenças e as reações sistêmicas continuam ocorrendo da mesma forma. Ou seja, a parte visível das doenças, aquilo que está posto em

¹ Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Laboratório em Bodiagnóstico em Saúde (2008-2010). Atualmente, cursa Especialização Técnica em Microscopia Confocal no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Daniel Santos Souza (mestre em Saúde Pública) e com a coorientação do professor-pesquisador Leandro Medrado (mestre em Educação Profissional em Saúde), ambos do Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde (Latec). Contato: silva.igorj@gmail.com.

relação ao efeito da enfermidade no doente, continua a se dar como se o corpo fosse um conjunto de poucas “peças”. A partir de estudos sobre como organismos tão pequenos ou reações alteradas dentro das células podem gerar respostas a nível corporal chegou-se ao conhecimento da existência de um sistema com diversos níveis, que se inter-relacionam, desde a célula, os tecidos, órgãos, sistemas e por fim o organismo.

A descoberta (que ainda está em processo) da organização do corpo do nível micro ao macro ainda mantém dúvidas no que diz respeito à relação entre os diferentes níveis dessa “hierarquia”. O que torna o corpo humano ainda mais complexo é essa coexistência de uma gama de estruturas microscópicas individuais, mas que se agrupam e agem tanto separadamente quanto inter-relacionadas, para obter resultados a um nível de organização mais alto.

A continuidade das pesquisas vem a cada dia sanando dúvidas sobre tal complexidade, e também gerando novas. Descobre-se, por exemplo, que a ação efetiva e necessária ao funcionamento de um sistema tão grande, complexo e fascinante como o nervoso é a troca de substâncias químicas entre as células, e a manutenção de um potencial elétrico nas suas membranas. Ou seja, o envio de informações essenciais e extremamente complexas a todo o corpo necessita, a nível celular, de uma interação química e elétrica, não menos complexa, entre cada uma das estruturas envolvidas. Apesar de este processo muitas vezes ocorrer de forma sistêmica e com envio de informações a milhões de células simultaneamente, como numa ordem para contração muscular.

Vão surgindo respostas a dúvidas em relação ao funcionamento do corpo, à medida que se vão estudando os níveis microscópicos deste. O sistema circulatório, por exemplo, tem como funcionamento básico algo comparável a um sistema hidráulico, com o coração como bomba e os vasos como encanamento, porém o coração não bombeia constantemente. Surge então a questão: “como o sangue não retorna durante a diástole?”² Tal questão tem uma resposta quando se estuda

² O movimento do músculo estriado cardíaco se dá em ciclos de contração e relaxamento. A contração é chamada de sístole, e é quando o coração exerce força para bombear o sangue. Já o momento de relaxamento é chamado diástole, e nele não há aplicação de força sobre o sangue por parte do coração. É por causa desse padrão de contração e relaxamento que existem, por exemplo,

a morfologia desses vasos, o que seria como analisar a composição do encanamento, e percebe-se que nas veias estão presentes válvulas que impedem esse refluxo.

No mesmo sistema circulatório, e mantendo-se a comparação a um sistema hidráulico, pode-se perguntar como o sangue transita por todo o corpo, irriga os tecidos e retorna ao coração. A resposta é encontrada então em um nível ainda menor, no nível celular dos capilares sanguíneos. Os capilares estão localizados na passagem entre as artérias e as veias e são mais finos, e visualmente mais frágeis que os últimos, mas são essenciais pela sua regulação da troca de substâncias. É através dela que os nutrientes, gases e excretas celulares conseguem passar do sangue para o meio e vice-versa.³ O funcionamento do sistema circulatório depende, portanto, do funcionamento ótimo de células da parte aparentemente menos importante dele, seus capilares. Sem essa regulação em ordem, de pouco adianta, por exemplo, a complexidade muscular do coração e das artérias.

A apresentação dessas informações acerca do corpo humano pode parecer, para os mais apegados às novas descobertas biotecnológicas, uma verdadeira perda de tempo, afinal, são informações mais do que difundidas, em nada inovadoras ou tampouco profundas. Porém, apesar de praticamente todo médico, biólogo, laboratorista e até mesmo qualquer estudante ter quase que a obrigação de saber de tais processos dentro do corpo, como as sinapses nervosas ou outros muito mais complexos, poucos são os que tomam consciência da magnitude de um organismo tão complexo e organizado como o corpo humano, ou mesmo de diversos outros animais.

Falar da sinapse, nesse contexto, se faz necessário não para divulgar novas descobertas sobre esse processo, como uma nova função de um receptor ou um sinalizador recém-descoberto, mas sim para se mostrar, simplesmente, que uma das funções mais cruciais do que chamamos de “homem”

os dois momentos de pressão arterial, geralmente com 120 mmHg (12) na sístole e 80 mmHg(8) na diástole (12/8).

³ A passagem de nutrientes do sangue para as células e de excretas no caminho inverso pode ser feita de quatro formas diferentes: através de passagem pela membrana celular (por pressão osmótica); por fendas existentes entre as células; por vesículas ou através de poros específicos para essa função.

(e não somente no âmbito biológico, porque o raciocínio é tido em todas as áreas de conhecimento como o diferenciador do ser humano em relação aos outros animais) é dependente de uma pequena interação química, a sinapse nervosa. Não se resume a ela, mas depende de seu bom funcionamento.

Vê-se então, quando o olhar é moldado não somente para enxergar o processo, mas o meio em que ele se dá, o quão instável é algo tido como gerador da identidade humana, afinal qualquer droga que impeça a sinapse pode impedir o pensamento, ou no mínimo o envio de determinadas informações. Cruzar essa informação com a percepção de que dificilmente essa impossibilidade de raciocínio acomete uma pessoa mostra, por outro lado, a existência de diversos outros mecanismos que agem para proteger o funcionamento do sistema nervoso.

Enquanto isso, estudar a forma como o sangue circula pelas veias e artérias, sem refluxo e irrigando todo o corpo, é importante no sentido de mostrar como, não importa quantas perguntas forem feitas apresentando impossibilidades para o funcionamento de qualquer sistema do corpo humano, para tudo já há uma resposta em prática, mesmo que ainda não tenha sido descoberta. A evolução da espécie humana levou ao surgimento de um organismo pleno, dotado de mecanismos que atuam em milhares de âmbitos para corrigir os possíveis erros existentes. É como se todos os “contras” ao modelo do organismo tivessem sido previamente “pensados”, e as soluções encontradas.

Dizer que para tudo já há uma solução em prática não significa dizer que não ocorrem falhas no funcionamento do organismo, mas sim dizer que o corpo humano tem um projeto completo, preparado para um funcionamento perfeito. Porém, muitas vezes os mecanismos não funcionam da forma como deveriam, ou são danificados por eventos externos ou exposição a fatores de risco. É a essas ocasiões a que chamamos de enfermidade, doença, e é por causa da ocorrência deles que se faz necessária a existência da medicina, e das pesquisas biomédicas.

Relacionado a essa ideia de regulação corporal e do surgimento de doenças, há um conceito fortemente difundido no meio biomédico, o de homeostase. A homeostase pode ser tratada, em resumo, como um estado de equilíbrio das funções corporais (PAKENAS; SOUZA JUNIOR;

PEREIRA, 2007), se apresentando, desta forma, como ótima exemplificação da autorregulação do organismo humano. Uma das áreas onde a homeostase pode ser analisada com maior facilidade e melhor exposição de sua natureza é na regulação da energia do corpo, no armazenamento, geração e gasto desta. É importante também apontar os possíveis erros dessa regulação, e uma ótima ilustração é o *diabetes mellitus*, doença de alta prevalência e que envolve diversos mecanismos da regulação energética. Mecanismos estes que em mau funcionamento geram enfermidade.

Há milhares de anos busca-se conhecer os mecanismos inerentes ao corpo humano, sempre com o objetivo de combater as enfermidades. Isso se dá pelo fato de que estas ou são causadas diretamente por erros no funcionamento do corpo ou por agentes que burlam os mecanismos de defesa. Desta forma faz-se necessário conhecer a forma como o corpo atua, para que seja possível corrigir os erros desse funcionamento.

É necessário, por exemplo, saber como funcionam os mecanismos que regulam os níveis de glicose sérica para descobrir o que pode levar ao aumento exagerado desses níveis e, principalmente, como reverter esse quadro. Essa é a mais óbvia importância das pesquisas biomédicas, e da atividade médica como concretização das pesquisas: entender o corpo e seus mecanismos, para auxiliar a geração de um melhor funcionamento e a minimização das falhas nesse funcionamento.

A questão é que este verbo “auxiliar” tem sido muitas vezes deixado de lado. Principalmente no senso comum acerca da medicina há a ideia de que a ação do médico e principalmente o medicamento são responsáveis pela cura do paciente. Por exemplo, é como se o remédio que ativa mecanismos de regulação da pressão arterial fosse, diretamente, o responsável pela manutenção da saúde de uma pessoa com pressão alta. Mas na verdade ele apenas auxilia um organismo que está encontrando problemas no seu funcionamento. Há uma desvalorização da função do próprio corpo na manutenção da saúde.

Em um momento histórico onde a medicina está cada vez mais avançada e todos os dias são anunciadas novas descobertas (algumas vezes de forma miraculosa) o senso comum é constantemente moldado a uma admiração em relação a esta avançada ciência, e a um distanciamento

desta. Surge uma verdadeira consciência de que, dentro dos laboratórios pode-se tudo, ou quase tudo, e por mais que isso demore a se concretizar nos consultórios, as soluções aos problemas biológicos estão todas ao alcance do homem, e isso por mérito dele.

A cada notícia como “laboratório produz célula capaz de curar câncer” ou “médicos conseguem reverter quadro” aumenta a admiração pela figura do homem como ser racional, e menos importância se dá ao homem como organismo. Ignora-se, por exemplo, os elementos como o fato de ser a célula que vai curar, para dar o mérito ao laboratório, como se a notícia fosse “laboratório cura câncer”. Dificilmente encontra-se uma notícia ou discussão sobre a importância da atuação do próprio corpo na manutenção da saúde dos indivíduos.

Comparando-se a quantidade de livros que tratam de métodos médicos com a de livros que tratam da importância e magnitude dos mecanismos do próprio corpo percebe-se melhor essa discrepância. A dificuldade de se encontrar livros que tratam do corpo só não é maior pela existência daqueles que têm o puro objetivo de desenvolver técnicas a partir do conhecimento dos seus mecanismos. Um dos poucos que analisam as funções de automanutenção do corpo não simplesmente como uma função biológica é Sherwin Nuland, em seu livro “*A sabedoria do corpo*”, de 1998, onde expõe seu desejo de que seja levada à frente a visão exposta por ele: a visão da importância da atuação conjunta do médico (e seus métodos) com o próprio organismo, e da propagação da consciência acerca do fato que o corpo trabalha a todo instante para manter seu próprio funcionamento.

Este trabalho visa levar a cabo essa discussão e difundir essa visão em relação ao corpo humano, através do estudo das características do *diabetes mellitus* e da discussão do conceito de homeostase. Foram analisados, a partir de pesquisa bibliográfica de material sobre diabetes e os mecanismos envolvidos nele, o estado saudável da regulação glicêmica e as alterações existentes no paciente diabético, para que, dessa forma, fosse possível a discussão central do trabalho, referente à importância do fascínio pelo corpo humano.

O CONCEITO DE HOMEOSTASE

Como dito anteriormente, um conceito que se relaciona intimamente com a discussão deste trabalho é o de homeostase. Esse conceito engloba todos os âmbitos que essa discussão procura atingir. Englobando mecanismos inerentes ao corpo e que atuam de forma a regular as funções vitais a condições muitas vezes desfavoráveis a essa regulação, a homeostase se apresenta como a própria conceituação daquilo que deve ser olhado com admiração no corpo.

Cada mecanismo do sistema cardiovascular apresentado na introdução é um mecanismo que atua objetivando a homeostase, cada um deles é um mecanismo homeostático. O sistema nervoso em si, tão complexo e tão delicado, é um dos mecanismos homeostáticos mais importantes, de funcionamento essencial à coordenação de todos ou quase todos os demais mecanismos, dividindo essa coordenação com o sistema endócrino (que será mais bem estudado no decorrer deste capítulo).

Essa coordenação significa um controle rígido de ligações químicas, interações celulares, secreção de substâncias, movimentos musculares e até mesmo de indução, por parte do organismo, de comportamentos como o buscar agasalhar-se, estando todos esses processos envolvidos na busca por um bom funcionamento do organismo. Mais objetivamente: mecanismos que atuam no sentido de manter a sobrevivência do indivíduo.

A discussão de tais mecanismos como um todo, que se apresenta como uma característica de todos os seres vivos e, aqui mais precisamente, do corpo humano, apesar de escassa (considerando-se que esta é de extrema importância para a formação dos profissionais da saúde) ocorre há bastante tempo. Na pesquisa bibliográfica realizada para este trabalho, os primeiros registros encontrados sob essa discussão são de 1865, quando Claude Bernard, em seu livro *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, fala sobre a existência de um "meio ambiente interno" (*miliéu intérieur*), que em todo ser vivo tenderia à constância, independentemente das condições do meio externo. Foi o primeiro conceito acerca da busca por sobrevivência inerente ao organismo.

Esse conceito continuou a ser desenvolvido por Ernest Starling, que em 1923, ao expor suas ideias sobre o sistema endócrino (que estava sendo desvendado) expressou sua opinião de que esses mecanismos e as demais formas de regulação do corpo seriam resultado de uma “sabedoria” inerente ao organismo. A palestra de Starling, denominada “A sabedoria do corpo”, aliada ao conceito de meio interno de Bernard, seria a inauguração de um caminho seguido por diversos outros cientistas no sentido de explicar a extrema interação entre todo o corpo, e como pode haver mecanismos tão bem estabelecidos e coordenados. Foi a partir daí que surgiu o conceito de homeostase, forjado por Walter Cannon, em 1929, a partir de duas palavras gregas: *homeo*, que quer dizer igual, similar, e *stasis*, que significa estado. O conceito de Cannon seguia a mesma ideia de Starling, de uma sabedoria inerente ao organismo, o título de seu livro foi o mesmo da palestra do colega (NULAND, 1998).

Essa tal sabedoria, ou constância de um meio interno se baseiam no mesmo princípio: o da necessidade de atuação de mecanismos do corpo no sentido de manter as condições de vida em torno de um padrão, e possibilitar a continuidade das funções vitais com bom rendimento. Há, por exemplo, uma temperatura ideal de realização das funções celulares e uma pressão ideal do sangue sobre as paredes dos vasos. E é em torno destes valores, destes padrões, que o corpo busca manter-se. E essa busca é feita por mecanismos que têm esse objetivo, como se percebe numa frase de fácil acesso em qualquer pesquisa sobre o conceito de homeostase em Cannon: “Para manutenção de condições estacionárias é necessário que qualquer tendência à mudança seja enfrentada por fatores que resistam a esta mudança”⁴ (WIKIPEDIA, tradução nossa).

A teoria do *miliéu interieur* de Bernard vai, ainda, além disso. Nela há uma forte separação entre o interno e o externo, sendo o interno representado principalmente pelo líquido extracelular. Ele afirma que as condições internas de um organismo vivo são mantidas sempre constantes, independentemente do meio externo. E essa constância se daria pela

⁴ Steady-state conditions require that any tendency toward change automatically meets with factors that resist change – (http://en.wikipedia.org/wiki/Walter_Bradford_Cannon)

manutenção das mesmas condições, como se a pele fosse uma separação entre dois meios sem relação, e um deles (o interno) fosse invariável (NULAND, 1998). No contexto do século XIX, foi uma teoria que auxiliou em muito o avanço da área biomédica e que serviu de base para a cunha do importante conceito de homeostase, mas ela falha no momento que afirma a estabilidade dos organismos.

Para que condições possam ser mantidas num meio extremamente mutável os mecanismos que atuam no sentido dessa manutenção não podem ser estacionários. A reação a uma queda de temperatura não pode ser a mesma que a uma elevação; a reação à falta de glicose não pode ser a mesma que a excesso desta. Como dito anteriormente, para que as condições de vida sejam mantidas é necessário que haja para todo elemento que induza alteração um mecanismo que leve esta alteração no outro sentido. Desta forma, a estabilidade de condições nos organismos vivos se baseia na instabilidade das ações desses.

Esse paradoxo estabilidade-instabilidade se apresenta, para alguns, como uma impossibilidade para a aplicação do conceito de homeostase. Uma leitura literal do sentido de homeostase, como um “manter um mesmo estado, estático”, não é realmente aplicável à complexidade e funcionamento dinâmico dos seres vivos. Devido à instabilidade inerente ao funcionamento de todo organismo, já apresentada, não seria plausível a utilização de um conceito que se baseia na estabilidade restrita, ao ponto da imobilidade.

Devido a estes fatos, autores como Antônio Pakenas, Ary Goldberger e seus colaboradores realizam a discussão acerca do funcionamento dos organismos vivos rejeitando o conceito de homeostase e apresentando novos. Para Pakenas, Souza Junior e Pereira (2007, p. 332), por exemplo, a explicitação de que os organismos vivos são, por definição, instáveis, vem a “inviabilizar a utilização da homeostase como paradigma fisiológico”. A partir desta rejeição são sugeridos conceitos como homeodinâmica, não linearidade e Teoria da Complexidade (PAKENAS; SOUZA JUNIOR; PEREIRA, 2007; GOLDBERGER; PENG; LIPSITZ, 2002).

Tais críticas se baseiam principalmente na afirmação de que conceitos estáticos não são capazes de analisar com êxito as variáveis fisiológicas, não sendo viáveis na identificação de estados patológicos (PAKENAS;

SOUZA JUNIOR; PEREIRA, 2007), já que a complexidade dos organismos vivos se baseia em relações de caráter extremamente diferenciado entre si. Isso pode ser visto na introdução de um dos principais artigos de Goldberger, Peng e Lipsitz: “Tal complexidade surge da interação de uma miríade de unidades estruturais e respostas regulatórias que operam com largo alcance das escalas temporal e espacial, capacitando o organismo a se adaptar aos estresses da vida diária.” (2002, p. 23, tradução nossa).⁵

As afirmações de que conceitos estacionários não suprem as necessidades da pesquisa fisiológica e biomédica e a de que a complexidade de organismos vivos está diretamente relacionada à sua instabilidade são extremamente plausíveis e comprováveis. Porém são erroneamente utilizadas como contrapontos ao conceito de homeostase. Muito provavelmente foi feita uma leitura literal do termo e um embasamento a partir do conceito de *milieu intérieur* de Claude Bernard. Há de se considerar, entretanto, que o conceito de homeostase, desde sua cunha por Walter Cannon, está ligado intimamente à instabilidade de ação dos seus mecanismos.

Na introdução do trabalho onde apresenta o conceito de homeostase, Cannon cita Charles Richet, afirmando que “a instabilidade é a condição necessária à estabilidade do organismo” (apud Nuland, 1998, p. 19). Outro importante comentário acerca da homeostase foi feito, nesse sentido, por Nuland: “Um alto grau de prontidão radical – na verdade, ao ponto da instabilidade.” (1998, p. 18). Walter Cannon ainda realiza, no mínimo, mais duas afirmações que mostram sua consciência em relação à instabilidade dos seres vivos complexos e a relação com a homeostase. Na discussão sobre a forma pela qual os organismos se mantêm, ele afirma: “Organismos compostos de material, que são caracterizados pela máxima inconsistência e variabilidade, de alguma forma aprenderam os métodos de manutenção de sua constância”⁶ (BENOS, 2007, p. E879; nossa tradução).

Até mesmo a proposta do conceito é feita no sentido de realçar a complexidade e “peculiaridade” da fisiologia: “Os processos fisiológicos

⁵ “This complexity arises from the interaction of a myriad of structural units and regulatory feedback loops that operate over a wide range of temporal and spatial scales, enabling the organism to adapt to the stresses of everyday life.”

⁶ “Organisms composed of material, which is characterized by the utmost inconsistency and unsteadiness, have somehow learned the methods of maintaining constancy.”

coordenados que mantêm a maioria dos estados estacionários no organismo são tão complexos e tão peculiares aos seres vivos que sugeri uma denominação especial para esses estados: homeostase”⁷ (BENOS, 2007, p. E879; nossa tradução). Nesta afirmação, Cannon deixa claro o caráter ampliado do conceito que ele propõe. A homeostase é uma ideia que surge da percepção de que toda a instabilidade perceptível nas alterações fisiológicas e toda a estabilidade observada na manutenção do funcionamento dos organismos são, na verdade, algo unitário, e que visa o mesmo objetivo, a sobrevivência.

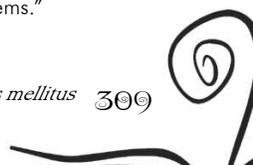
Restam as possibilidades de crítica, no entanto, no sentido de existência ou não de padrões e parâmetros para as variáveis fisiológicas. Goldberger, Peng e Lipsitz afirmam que “medidas estatísticas simples não podem ser utilizadas para avaliar a complexidade de sistemas fisiológicos”⁸ (2002, p. 24; nossa tradução). Essa é uma crítica plausível, pois mesmo quando se diz que a instabilidade é que gera a estabilidade, essa estabilidade busca-se baseia em determinados valores. Porém a complexidade é tamanha que mesmo as condições consideradas ideais sofrem variações de acordo com as condições.

Tem-se como consenso a extrema complexidade dos organismos vivos e a necessidade de se analisá-los levando essa complexidade em consideração, e o fato de essa complexidade implicar em instabilidade. Há, além disso, de se levar em consideração o fato de que tal complexidade tem um objetivo, e de que toda a instabilidade, por mais que não se volte exatamente para algum padrão, deve se voltar para a busca de uma regulação, e também ser regulada por algo (pois a instabilidade não é desordenada).

Neste trabalho, portanto, será utilizado, com base na discussão apresentada, um conceito de homeostase que considera a existência de uma miríade de mecanismos que atuam, muitas vezes, em direções diferentes (gerando instabilidade), mas com o mesmo objetivo. É o objetivo de atuação desses mecanismos e das funções orgânicas como um todo não

⁷ “The coordinated physiological processes which maintain most of the steady states in the organism are so complex and so peculiar to living beings... that I have suggested a special designation for these states, homeostasis.”

⁸ “No single statistical measure can be used to assess the complexity of physiologic systems.”



poderia deixar de ser a sobrevivência do organismo. A homeostase será discutida como o conjunto de dispositivos fisiológicos que atuam permitindo e propiciando a realização ótima das funções vitais.

A HOMEOSTASE ENERGÉTICA

Grande parte destes dispositivos se desenvolveu no sentido de uma regulação das demais atividades do organismo, e estão reunidos no chamado sistema endócrino. Este sistema é assim chamado por ser a reunião dos órgãos produtores de hormônios – substâncias químicas que são lançadas na corrente sanguínea e influem diretamente no funcionamento de outros órgãos e células.

A regulação homeostática é, basicamente, controlada pelo sistema nervoso (que teve sua ação exemplificada na introdução) e pelo sistema endócrino, muitas vezes atuando em conjunto. A ação do sistema endócrino via hormônios pode ser, assim como a do sistema nervoso, direcionada a órgãos e células específicas ou exercer um efeito geral no organismo. Há, entretanto, um grande número de hormônios diferentes, que atuam em sentidos diferentes, e possuem seus respectivos órgãos-alvo.

O sistema endócrino é composto por todos os órgãos que possuem atividade endócrina (que secretam hormônios), mas dá-se destaque para a hipófise, as tireoides, as paratireoides, as glândulas suprarrenais, o pâncreas e as gônadas. Já os hormônios podem atuar de duas formas diferentes: através de mediadores celulares ou pela ativação de genes nas células (SPENCE, 1991).

Uma das funções vitais de maior relevância é o controle da relação entre o consumo, a ingestão e o armazenamento de energia. Nos seres humanos uma das principais fontes de energia são os açúcares, metabolizados em forma de glicose. Será este o âmbito da homeostase energética analisado neste trabalho: a regulação dos níveis de glicose. O destino da glicose no organismo é definido por ação hormonal, mais especificamente, por dois hormônios pancreáticos: insulina e glucagon. Há outros mecanismos envolvidos na homeostase energética, mas aqui serão utilizados esses dois.

O pâncreas é uma glândula mista, já que possui, além da produção de hormônios, atividade exócrina (na produção de enzimas digestivas). Sua parte endócrina divide-se, no mínimo, em três tipos de células: as células alfa, beta e delta. Tal divisão tem relação também com o hormônio secretado pela célula, já que as células alfa produzem glucagon, as beta, insulina, e as delta, um terceiro hormônio, a somatostatina.⁹

Como já dito, a insulina é produzida pelas células beta-pancreáticas, e tem ação direta sobre a regulação da homeostase energética. Ela atua através de diversos mecanismos visando à diminuição dos níveis de glicose sérica. Entre suas formas de atuação já esclarecidas há a diminuição da produção de glicose no fígado e aumento da utilização de glicose pelas células (SPENCE, 1991; CARVALHEIRA; ZECCHIN; SAAD, 2002). O glucagon possui ação inversa à da insulina. Visando um aumento nos níveis séricos de glicose, ele estimula a produção de glicose pelo fígado, por gliconeogênese e glicogenólise.

Segundo Spence (1991), a regulação da produção dos hormônios pancreáticos é feita por mecanismos químicos, hormonais e neurais. O principal fator é o nível sérico de glicose, já que os dois hormônios atuam na regulação deste. Hiperglicemia (altos níveis de glicose na corrente sanguínea) causa um estímulo à ação das células beta (produtoras de insulina), enquanto hipoglicemia estimula a produção de glucagon, pelas células alfa. A regulação pelo sistema nervoso se dá através da ação da acetilcolina, que leva a um aumento na produção de insulina, enquanto que a adrenalina e a noradrenalina, produzidas tanto pelo sistema endócrino quanto pelo nervoso, inibem a insulina. Há ainda outros mecanismos envolvidos nessa regulação, como a presença de aminoácidos.

A insulina divide com outros hormônios – como a grelina, a leptina (GALE; CASTRACANE; MANTZOROS, 2004) e a galanina¹⁰ (MANCINI; HALPERN, 2002), dentre outros – a regulação da homeostase energética, porém, é o principal fator regulador dos níveis de glicose, e também o mais

⁹ A somatostatina age influenciada principalmente pela ingestão alimentar e possui, entre outras funções, a de inibir a produção tanto da insulina quanto do glucagon, aumentando o período de circulação dos nutrientes (GUYTON; HALL, 2002).

¹⁰ Grelina, leptina e galanina agem sobre a saciedade do indivíduo. A leptina gera uma diminuição na ingestão alimentar, enquanto grelina e galanina agem de forma oposta.

estudado. Está presente na corrente sanguínea geralmente ligada a transportadores e atua nas células através da ligação a receptores específicos (CARVALHEIRA; ZECCHIN; SAAD, 2002). Em uma de suas principais funções, após a ligação à membrana plasmática, a insulina gera um aumento da permeabilidade celular à glicose. Já nas células musculares e hepáticas há, além dessa, a ação de estímulo à formação de glicogênio.

Toda ação insulínica se dá através de relação com outras substâncias químicas que, desta forma, também exercem importante papel na homeostase energética. Por ser específico, o receptor de insulina é um dos mais importantes elementos envolvidos na atuação da insulina. Somente através dele a insulina pode exercer efeito dentro das células, e atingir o objetivo sistêmico de redução da glicemia. O receptor insulínico é uma proteína heterotetramérica¹¹ com atividade quinase. A ligação da insulina ativa a atividade quinase e gera autofosforilação¹² do receptor. Após a fosforilação são desencadeados diversos processos que culminam na ativação dos transportadores de glicose.

Os transportadores de glicose são outro elemento importante na regulação da homeostase energética, já que a entrada de glicose nas células depende deles. O grupo dos chamados GLUTs¹³ é composto por 14 subtipos diferentes, relacionados a tecidos e células específicas. Um dos mais importantes no estudo da homeostase energética em estado saudável e em patologia é o GLUT4, o chamado receptor insulinosensível. Os GLUTs atuam facilitando a entrada da glicose nas células, pela membrana celular, através de gradiente de concentração (MACHADO; SCHAAN; SERAPHIM, 2006).

A regulação da homeostase energética é ainda influenciada por um conjunto enorme de substâncias químicas, vias de sinalização, processos metabólicos e ações hormonais que visam o bom funcionamento do organismo. Como já dito, uma das funções mais importantes de um organismo complexo é suprir suas células com energia para a realização ótima das atividades. No organismo humano há todo um sistema – do qual uma

¹¹ Proteína com quatro partes diferentes entre si.

¹² Atividade quinase é atividade enzimática de quebra, enquanto fosforilação é a adição de um grupo fosfato a determinada molécula.

¹³ *Glucose transporters*: transportadores de glicose.

pequena parte foi aqui exposta – que atua no sentido de suprir essa necessidade, e também no de evitar que danos sejam causados.

Da mesma forma que a hipoglicemia pode levar a uma falência das funções celulares por falta de energia, hiperglicemia pode levar a sobrecarga e falhas no funcionamento dos receptores e complicações microvasculares (RODRIGUES et al., 2005), entre outras. Por isso a regulação deve ser praticamente perfeita, com participação de tantos sistemas. Apesar do destaque aqui dado à glicose e à insulina, há ainda a energia derivada dos lipídeos, que atua como uma importante reserva, e é regulada também por um sistema extremamente complexo (e que inclui a insulina e outros mecanismos citados), regulado principalmente pelo sistema nervoso (FONSECA-ALANIZ et al., 2006). Têm-se, desta forma, inclusive mecanismos que preveem a falência da forma atual de funcionamento (se há hipoglicemia, a reserva lipídica é posta em uso), com soluções preparadas e ativadas automaticamente por determinadas condições, como a hipoglicemia.

A homeostase energética é, portanto, um dos elementos mais cruciais à manutenção da sobrevivência de um organismo, e especialmente do organismo humano. Neste trabalho, já com uma parte do seu funcionamento saudável esclarecida, este importante mecanismo será estudado em um de seus principais estados patológicos, o *diabetes mellitus*, apresentado a seguir, para posterior discussão.

DIABETES MELLITUS

O *diabetes mellitus* não é uma doença específica; constitui um grupo de disfunções que, embora muito diversas, se identificam pela hiperglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006). Esse grupo de disfunções do metabolismo inclui defeitos de secreção e ação da insulina e as causas podem ser, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina) e resistência à ação do hormônio nas células. O diabetes também tem como uma de suas principais características a geração de complicações em diversos órgãos e sistemas, tais como olhos, pés, sistema cardiovascular e sistema excretor (BRASIL, 2006).

Pelo fato de o diabetes se constituir em um grupo de disfunções com diferentes causas e efeitos, há a necessidade de uma padronização para sua classificação etiológica. A Organização Mundial da Saúde recomenda uma classificação independente do tipo de tratamento, mas que se baseie na etiologia da disfunção apresentada. Desta forma, a classificação mais utilizada é a que divide o diabetes em tipo I, tipo II e gestacional, havendo ainda a possibilidade da classificação em outros tipos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006). Os tipos I e II já foram conhecidos, respectivamente, como diabetes juvenil e diabetes adulto.

O diabetes tipo I é caracterizado por destruição das células beta-pancreáticas e consequente deficiência na secreção de insulina. Essa destruição é causada na maioria dos casos (cerca de 90%) por processo autoimune, mas há os casos idiopáticos (onde não se sabe a causa). O processo de autoimunidade pode ser identificado a partir da detecção de marcadores como anti-insulina, anti-ilhotas e antidescarboxilase do ácido glutâmico.¹⁴ Uma das principais complicações desse tipo é o surgimento de cetoacidose, posteriormente explicitado (BRASIL, 2006).

O tipo II é causado por deficiências de secreção e de ação da insulina. É o tipo de diabetes mais prevalente (de 90 a 95% do total de casos) e está geralmente vinculada a excesso de peso. Diz-se deficiência de ação/secreção pelo fato de a maioria dos casos apresentarem as duas deficiências, geralmente uma causada pela outra¹⁵ (BRASIL, 2006).

Já o diabetes gestacional é qualquer tipo de hiperglicemia diagnosticada durante a gravidez. Segundo normas da OMS, o procedimento diagnóstico é o mesmo de fora da gravidez, porém consideram-se como diabetes também os valores geralmente classificados como indicadores de tolerância à glicose diminuída (BRASIL, 2006). Há ainda outros tipos de disfunções caracterizadas como diabetes, causadas por defeitos genéticos nas células beta, doenças pancreáticas etc.

Os primeiros relatos históricos do diabetes datam da era egípcia, e há também registros entre os hebreus, há cerca de 4000 anos. Mas os

¹⁴ Marcadores presentes no soro de pacientes com processo de autoimunidade das células beta-pancreáticas.

¹⁵ O defeito de ação nas células gera uma sobrecarga na produção, o que desencadeia problemas nessa produção, gerando um ciclo.

primeiros estudos foram feitos pelos gregos, mais precisamente por Areteu da Capadócia. Este médico descreveu, em 70 d.C., quatro sintomas tidos ainda hoje como indicadores do diabetes: poliúria, polifagia, polidipsia e poliastenia. O primeiro sintoma significa excesso de urina; o segundo, fome excessiva; o terceiro, sede excessiva; e o quarto, fraqueza exagerada.

Demais avanços importantes no estudo do diabetes só foram realizados no século XVII, quando Thomas Willis observou que a urina de pacientes diabéticos era doce. Essa informação foi complementada em 1815, quando Chevreul afirmou que o sabor adocicado provinha do alto teor de glicose nas excretas destes pacientes. A partir desse momento histórico, o diabetes ficou conhecido como *diabetes mellitus*, pois *mellitus* significa “adocicado”, em latim.

Durante o restante do século XIX e parte do século XX foram feitas especulações acerca das causas do diabetes, mas ainda não existia o conceito de hormônio. Mesmo anteriormente ao desenvolvimento da endocrinologia, já se fazia ideia de que o diabetes seria causado por disfunções pancreáticas, por ter-se descoberto que este produzia uma substância capaz de regular os níveis séricos de glicose.

A partir da “fundação” da endocrinologia, o estudo do diabetes avançou a passos largos, e hoje há diversos sintomas listados e formas de tratamento postas em prática. Há mesmo aqueles que são especialistas na doença, chamados de “diabetólogos”. Essa grande disposição de estudo em relação ao diabetes se dá tanto pela sua alta prevalência quanto pelo seu envolvimento em mecanismos essenciais para o bem-estar dos doentes.

Apesar de todo esse avanço, atualmente suspeita-se que metade dos casos de diabetes não seja diagnosticada, pelo fato de muitas vezes ele ser assintomático. Por esse fato, uma das medidas adotadas é a do rastreamento de pacientes através de fatores de risco. Segundo o Ministério da Saúde (2006), esses fatores de risco são idade superior a 45 anos; índice de massa corporal maior que 25; obesidade central;¹⁶ antecedente familiar; hipertensão arterial; baixos níveis de colesterol HDL e altos níveis de triglicerídeos; histórico de diabetes gestacional; síndrome de ovários

¹⁶ Obesidade central caracteriza-se por medidas exacerbadas de cintura, acima de 102cm nos homens e acima de 88cm nas mulheres.

policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica diagnosticada.

Além dos pacientes que apresentam vários desses fatores de risco simultaneamente, a indicação de pesquisa laboratorial é feita para pacientes que apresentem os principais sintomas do diabetes: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Além destes há indicadores como fadiga, fraqueza, sonolência, prurido cutâneo e vulvar, inflamação da glândula e repetidas infecções. A detecção de complicações características de pacientes diabéticos, como a neuropatia, também leva à suspeita (BRASIL, 2006). Vale a pena destacar a variedade de indicadores e suas diferentes origens, o que mostra a amplitude do diabetes.

O diagnóstico é feito a partir de resultados de pesquisa laboratorial referente à glicose sérica. A partir de níveis elevados de glicose, e de acordo com quais forem esses níveis, diagnostica-se o diabetes ou hiperglicemia intermediária, que é um estágio que merece acompanhamento por estar acima do normal, mas que ainda não configura diabetes. Aos pacientes com hiperglicemia intermediária é recomendado principalmente um esforço no sentido de evitar o desenvolvimento do diabetes tipo II.

A prevenção do diabetes tipo II é feita principalmente por mudança no estilo de vida (BRASIL, 2006). Essas mudanças incluem principalmente a adoção de uma dieta mais saudável, que vise à manutenção de um peso recomendável, com maior ingestão de fibras e determinada restrição energética, e o aumento de atividade física, feita de forma controlada e orientada. A pesquisa laboratorial também deve se tornar um costume.

Os principais exames laboratoriais feitos para confirmação de diagnóstico do diabetes mellitus são a glicemia de jejum, o teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) e a glicemia casual. A glicemia de jejum é a medição de glicose sérica após um jejum de 8 a 12 horas e os níveis normais vão até 110 mg/dL. Entre esse nível e 125 mg/dL o paciente é considerado de alto risco e é submetido ao TTG. Neste exame o paciente é mantido em jejum e recebe uma dose de 75g de glicose, sua glicose é medida antes da dose e 2 horas depois. Níveis de glicose acima de 200 mg/dL são considerados indicadores de diabetes. A glicemia casual é feita sem padronização

e indica diabetes com resultados superiores a 200 mg/dL¹⁷ (BRASIL, 2006).

No diagnóstico do diabetes há fatores a serem levados em consideração tanto para caracterização do tipo de diabetes quanto para os níveis de risco. Dentro da chamada hiperglicemia intermediária há duas classificações: os pacientes que apresentarem resultados de glicemia de jejum entre 110 e 125mg/dL são tidos como portadores de glicemia de jejum alterada, enquanto os que apresentam TTG-75g entre 140 e 199mg/dL são considerados como tendo tolerância diminuída à glicose. Há ainda a diabetes gestacional, que pode ser um caso específico de hiperglicemia intermediária.¹⁸ A classificação do diabetes em tipo I ou II é geralmente feita a partir da história clínica do paciente (BRASIL, 2006).

O tratamento do diabetes mellitus envolve diversos âmbitos. É interessante destacar o fato de que algumas das primeiras providências do responsável pelo tratamento são investigar a relação com complicações de diversos outros sistemas que não o endócrino e recomendar mudanças no estilo de vida, essenciais para o bom desenvolvimento do quadro. O recurso farmacológico é usado principalmente e apenas para combater a hiperglicemia, na maioria dos casos.

Antes mesmo do tratamento da hiperglicemia crônica é necessário que seja feita uma investigação acerca dos possíveis comprometimentos sistêmicos causados pelo diabetes. Deve-se, por exemplo, avaliar os fatores de risco para aterosclerose e investigar a presença de complicações como a retinopatia (BRASIL, 2006). Após essa etapa, o controle da hiperglicemia deve ser iniciado com uma pesquisa sobre o estilo de vida do paciente, para que as recomendações possam ser feitas de forma adaptada a cada caso. A análise dos efeitos do controle glicêmico é comumente realizada através da análise dos níveis de hemoglobina glicada,¹⁹ por este ser um bom indicador da glicemia de médio prazo.

¹⁷ No caso da glicemia casual os resultados apenas são indicadores de diabetes quando há evidências clínicas, seja de fatores de risco ou sintomas propriamente ditos (BRASIL, 2006).

¹⁸ Durante a gestação os níveis intermediários também são classificados como diabetes pelos efeitos que exercem sobre a gestante e o bebê.

¹⁹ A glicose naturalmente se liga a determinadas proteínas, entre elas a hemoglobina. A análise dos níveis dessa glicação da hemoglobina indica os níveis de glicemia dos últimos 2 a 3 meses (BRASIL, 2006).

Quando se fala de mudanças no estilo de vida do paciente diabético trata-se principalmente de alimentação e atividade física. Esses dois elementos devem ser fortemente controlados, seguindo a orientação de órgãos como a Sociedade Brasileira de Diabetes e o Ministério da Saúde. O estilo de vida é fator de extrema importância no tratamento de uma disfunção tal como a diabetes, que envolve diversas áreas do organismo.

A alimentação é um elemento a ser considerado por influenciar diretamente no controle glicêmico, no peso do paciente, no índice de massa corporal e na regulação metabólica do paciente, todos fatores relevantes no tratamento de diabetes. O controle da dieta está relacionado principalmente à ingestão de carboidratos, por estes influenciarem diretamente na glicemia, tanto em relação à hiperglicemia quanto à hipoglicemia. Outro elemento importante é a ingestão de gorduras, importante na regulação do índice de massa corporal e do peso do paciente.

Já a atividade física envolve não somente o controle de peso, mas também uma melhora significativa no metabolismo, além de diminuição dos riscos de surgimento de doença cardiovascular. Deve ser feita de forma controlada e sempre com orientação de profissionais da saúde que avaliem a situação do paciente. Assim como no caso da alimentação, existem orientações gerais feitas aos profissionais da saúde responsáveis pela prescrição do exercício ao paciente diabético (BRASIL, 2006).

O controle glicêmico e a orientação de mudança do estilo de vida são realizados não com o objetivo de cura, mas sim de prevenção de complicações, que podem ser agudas ou crônicas, que podem reduzir significativamente a qualidade de vida do paciente ou mesmo levá-lo a óbito. Segundo o Ministério da Saúde (2006) destacam-se duas complicações agudas: cetoacidose e hipoglicemia.

A cetoacidose é caracterizada por um grande aumento da quantidade de corpos cetônicos livres na corrente sanguínea. Esse aumento é causado por problemas na metabolização de ácidos graxos, e pacientes diabéticos são muito passíveis de passarem por tal processo (KEANNE, 2003). O fator desencadeante é a hiperglicemia, mas fatores como presença de infecção podem favorecer na desregulação metabólica. Para

prevenção de cetoacidose e rápida detecção no caso de ocorrer são necessários constante acompanhamento dos níveis glicêmicos, rigidez na utilização dos medicamentos (hiper e hipoglicemiantes) e atenção a sinais de piora do estado de saúde (BRASIL, 2006).

Hipoglicemia pode ser desencadeada, em pacientes diabéticos, por erro no manejo de hipoglicemiantes ou na prática de atividade física (essencialmente geradora de gasto energético). A utilização de hiperglicemiantes (como insulina ou sulfonilureias) sem um devido controle dos níveis de ingestão de carboidratos é a principal causa de hipoglicemia em diabéticos. Para sua prevenção é essencial uma boa orientação acerca do controle diário da ingestão de carboidratos e sua relação com a aplicação de insulina (BRASIL, 2006).

Quanto às complicações crônicas destacam-se problemas vasculares, já que o quadro gerado pelo diabetes leva a desregulação do metabolismo de ácidos graxos, um fator essencial para surgimento de doença vascular. Há as microvasculares, como retinopatia, nefropatia e neuropatia e as macrovasculares. Podem ocorrer ainda outras complicações, como o chamado pé diabético, o surgimento de doença periodontal e certo imunocomprometimento (BRASIL, 2006).

A doença cardiovascular é um dos fatores geradores de morte de maior relevância na atualidade, e entre pacientes diabéticos essa relevância é ainda maior. É a principal causa de morte relacionada ao diabetes e exige um acompanhamento rígido, pelo fato de o diabetes apresentar diversos fatores de risco. Os principais controles que devem ser feitos são o de pressão arterial (que não deve ultrapassar 130/80mmHg), acompanhado de tratamento farmacológico que vise o controle desta; o dos níveis séricos de lipídeos como colesterol e triglicérides e o controle do tabagismo, que é relevante fator de risco para doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

A retinopatia diabética é uma complicação microvascular desencadeada pelo diabetes e é mais um fator que expressa o impacto do diabetes na qualidade de vida do paciente, por ser a principal causa de cegueira no Brasil. Patologias microvasculares são influenciadas pelos mesmos fatores que as macrovasculares, mas há o agravante de, nesses casos, a glicemia também se portar como um importante fator. Por esse motivo, para preven-

ção e retardamento do avanço da retinopatia são essenciais os controles de glicemia e pressão arterial (mais especificamente a pressão no olho). O encaminhamento dos pacientes a um oftalmologista deve fazer parte das primeiras providências após o diagnóstico de diabetes (BRASIL, 2006).

Outra complicação microvascular é a nefropatia diabética (doença renal desencadeada por quadro de diabetes). O principal indicador é a excreção de albumina, e também a primeira manifestação de uma complicação que pode evoluir até mesmo para a insuficiência renal. Por tratar-se de uma doença microvascular, assim como a retinopatia, deve ser controlada através de regulação glicêmica e da pressão arterial. O controle da função renal é feita através das análises de microalbuminúria e creatinina (BRASIL, 2006).

O diabetes também apresenta envolvimento em patologias surgidas no sistema nervoso, são as chamadas neuropatias diabéticas. Essa é, segundo o Ministério da Saúde (2006), a complicação mais comum do diabetes. Algumas das possíveis formas de manifestação são disfunções sensitivas (como sensação de queimação e dor a estímulos não dolorosos), taquicardia em repouso, disfunção erétil, gastroparesia²⁰ e hipoglicemia despercebida. Por apresentar diversas formas de apresentação, cada caso de neuropatia diabética deve ser analisado individualmente. Um ponto importante no tratamento é a busca de que essa complicação não afete o quadro psicológico do paciente, a ponto de prejudicar o tratamento como um todo (BRASIL, 2006).

A ocorrência de complicações vasculares e neurológicas produz um conceito com considerável destaque no tratamento do diabetes: o pé diabético. Problemas desse tipo no pé de pacientes diabéticos frequentemente levam a úlceras e amputações. É recomendada a avaliação periódica dos pés dos pacientes quanto a sua saúde vascular e neurológica, presença de infecções e deformidades (BRASIL, 2006).

O diabético também tem uma propensão maior a determinadas infecções e viroses. A doença periodontal, por exemplo, é de alta prevalência entre pacientes diabéticos, e possui relação com o controle glicêmico. Influenza e pneumonia bacteriana também são geradoras de mortalidade em altos níveis entre os portadores de diabetes. Por este motivo é impor-

²⁰ Paralisia estomacal.

tante que no tratamento do diabetes haja também a recomendação e controle da aplicação de vacinas contra tais infecções.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO DA HOMEOSTASE EM DIABETES MELLITUS

Pode parecer contraditório o estudo de uma enfermidade como o *diabetes mellitus* em um trabalho que visa à discussão dos mecanismos de regulação corporal, e a valorização do organismo como elemento extremamente complexo e digno de admiração (como explicitado na epígrafe). Há de se levar em consideração, entretanto, que é comum na maioria das sociedades humanas que a importância dos elementos é reconhecida e admirada apenas a partir do momento no qual se sente a falta destes.

Como pode ser observado no breve estudo sobre as características mais básicas do *diabetes mellitus* feito anteriormente, esta é uma enfermidade que envolve elementos de diversos sistemas e complicações aparentemente sem ligação entre si, como a retinopatia e o pé diabético. Tal observação pode e deve ser levada em consideração para se chamar atenção para a forte interligação existente entre todos os elementos do organismo.

Vale a pena lembrar que o diabetes é um conjunto de disfunções metabólicas que se identificam por um único elemento: a hiperglicemia. Porém, o elemento de “identificação” entre os pacientes diabéticos não é único. A maioria deles possui as mesmas complicações vasculares, problemas neurológicos, entre tantos outros. Esse fato mostra como o funcionamento de cada função corporal é essencial. E como o mau funcionamento de uma função, que seja, pode levar a muitas complicações.

Estudando o sistema de regulação da glicose no corpo percebe-se a alta complexidade deste. Apesar de ser possível resumir as funções dessa regulação em torno de dois hormônios secretados pelo mesmo órgão (os hormônios pancreáticos insulina e glucagon), mesmo a regulação de produção desses dois é extremamente complexa e depende, pelo menos, de três sistemas: nervoso endócrino e circulatório. Há ainda de se levar em consideração a existência de um conjunto enorme de outros hormônios e dispo-

sitivos que atuam nas brechas deixadas pelo sistema insulina-glucagon, e também dentro desse sistema (que foram deixados de lado neste trabalho, pois o estudo seria quase infundável).

A grande maioria das funções vitais é, assim como a regulação energética, uma rede de muitos fatores, e possui mecanismos atuando quase que exclusivamente na retaguarda de outros, como é o caso do tecido adiposo em relação ao uso de glicose. Esses mecanismos de retaguarda são, porém, preparados para funcionar em momentos de dificuldade e, portanto, não desenvolveram todos os aperfeiçoamentos que os mecanismos principais. Algumas vezes não possuem todas as “soluções”, como é posto na introdução deste trabalho.

A evolução do organismo humano é algo de extrema relevância nessa discussão. Tratando-se de regulação energética, por exemplo, pelas teorias mais difundidas sobre a evolução, é possível afirmar que os indivíduos que desenvolveram melhores sistemas de regulação da glicose conseguiram se perpetuar. Foi alcançado, desta forma, o sistema atual, muito complexo e com funcionamento quase perfeito. Pode-se acreditar, também, que em determinado momento as fontes de glicose se escassearam, porém alguns indivíduos haviam desenvolvido reservas de energia em forma de lipídeos, e então conseguiram se manter, enquanto os demais não.

Porém, como tantos outros, esse mecanismo de reserva lipídica não é testado habitualmente, como o de reserva glicídica. Sendo assim, problemas se perpetuaram, como a liberação de grandes concentrações de corpos cetônicos na corrente sanguínea, causando cetoacidose, uma das principais complicações do diabetes. As altas concentrações de glicose sérica também não são usuais, mantendo-se o problema de que esta causa mudança na viscosidade e no pH do sangue, causando problemas microvasculares, que podem evoluir em macrovasculares.

É por fatores deste tipo que, muitas vezes, as enfermidades se manifestam por sintomas aparentemente sem ligação com sua causa real, e até mesmo sem expressar sintomas relacionados a ela. Nestes casos o problema primário foi corrigido por mecanismos do próprio corpo, mas tais mecanismos possuem, pode-se afirmar, efeitos colaterais, e são estes

efeitos que caracterizam a patologia. E é nestes momentos que se torna comum a falha do tratamento médico centrado no tratamento dos sintomas ou simples aplicação de remédios.

O *diabetes mellitus*, por se apresentar como um destes exemplos, não pode ser tratado simplesmente pelo combate dos sintomas. De nada adiantaria tratar-se a cetoacidose sozinha, ou apenas as complicações vasculares, ou apenas o pé diabético. A regulação da glicemia é de fundamental importância. E esta dificilmente é alcançada simplesmente pelo tratamento médico, mas é dependente de uma mudança de comportamento do paciente, sobretudo.

Vale a pena destacar a importante função de dois elementos no tratamento do *diabetes mellitus*: a dieta e o exercício físico. Tais fatores são elementos chave na busca por uma boa qualidade de vida do diabético. Por este motivo as orientações são padronizadas por órgãos como o Ministério da Saúde, e ao mesmo tempo personalizadas, uma vez que cada indivíduo possui diferentes especificidades em relação ao seu modo de vida.

Sendo uma doença causada por erros nos mecanismo de regulação do organismo, o diabetes não pode ser tratado como um simples conjunto de sintomas, mas sim como uma desregulação de todo o organismo. Como já dito, todo mecanismo homeostático está interligado com milhares de outros, e é o organismo que deve ser tratado. O “cerceamento” da doença por todos os lados é necessário pelo envolvimento de fatores que influem em todos os sistemas, como os níveis de glicose.

E, apesar de o diabetes, por ser uma enfermidade, ser um fator negativo, ele é, aqui, uma forma de ilustração da grande organização do corpo humano, da interligação entre todos os sistemas e da atuação de mecanismos que visam à correção de problemas. Nestes casos não se deve, pelo fato de se perceber que ocorrem erros no sistema, ignorar-se a grande complexidade do organismo, mas sim utilizar-se dela como auxílio para o alcance do bem-estar do paciente. E essa é uma das principais propostas deste trabalho.

A COMPLEXIDADE DA FISIOLÓGIA HUMANA (CONHECIDA E DESCONHECIDA)

Em um momento histórico onde grande parte dos médicos atua em hospitais lotados, sem estrutura e sob forte estresse, o fascínio responsável pelos primeiros estudos sobre o corpo humano – e que com certeza foi o motor de muitas descobertas e curas – foi deixado de lado. E adicionado a esses elementos há o fato de que a formação da gigantesca maioria dos profissionais da saúde é fortemente tecnicista. É sob essa reflexão que surge este trabalho.

Obviamente o estudo fisiológico puro não pode ser deixado de lado. A produção e aplicação de fármacos não podem ser interrompidas e o papel do médico não pode ser subestimado. Isso pode ser percebido até mesmo neste trabalho, onde, para a realização da discussão acerca do olhar dos indivíduos fez-se necessária a utilização de um conceito fisiológico e a explicação de inúmeros dispositivos. Não podendo ser deixada de lado, o que há de se fazer em relação à fisiologia é um retorno ao seu princípio, o da admiração.

Como tratado na introdução deste trabalho, o papel da medicina e das pesquisas biomédicas, nesse ponto de vista, deve ser a de auxiliar os mecanismos existentes no corpo e que visam sua sobrevivência. Por isso esta proposta está longe de ser uma negação da intervenção racional sobre o funcionamento corporal, mas é apenas uma busca por dar-se a devida importância ao papel do próprio organismo. Estar doente e não procurar tratamento médico, dependendo de qual for a doença, pode ser algo fatal, pois, como apontado, podem ocorrer inúmeros erros nos mecanismos de regulação corporal, e alguns deles não são corrigidos pelo próprio organismo. Mas é importante que a ação médica seja o menos invasiva possível, e que leve em consideração a atuação do corpo tanto a favor quanto contra o tratamento.

Todo o conhecimento sobre o quão complexos são os sistemas que formam o corpo humano, sobre a função de cada célula, de cada receptor, de cada proteína, deve ser posto a serviço do desenvolvimento de uma ação médica consciente, e que vise auxiliar o bom funcionamento desse complexo

sistema, corrigindo determinados erros. Todas as pesquisas devem ser feitas de forma a se descobrir a forma como o corpo atua, e como ele mesmo corrige os problemas, e não visando a criação de elementos novos.

Obviamente que essa nova orientação e a difusão dessa forma de olhar dependem da formação dos profissionais de saúde. O organismo humano é algo fascinante por si próprio, mas a forma como é apresentado tem grande importância. O estudo do sistema imunológico, por exemplo, um dos elementos mais bem organizados da fisiologia humana, pode ser feito de forma a que cada célula quase se personalize, o que realmente se aproxima muito das funções bem definidas deste sistema. Mas também pode ser feito com a atenção voltada para como são as técnicas laboratoriais, ou simplesmente como atuam os remédios sobre esse sistema. A biologia molecular é outro exemplo. Quão fascinante é descobrir que todas as informações relativas ao seu organismo são armazenadas em minúsculas estruturas, que se duplicam aos bilhões? Porém muitas vezes tal informação é dada de forma tão rápida e sem destaque que se torna apenas mais um ponto a ser estudado para as provas.

Todo este trabalho foi desenvolvido, portanto, com o objetivo de enriquecer com informações e reafirmar a necessidade dessa mudança de ponto de vista, apontada já na introdução. Mudança esta que vise à valorização de cada potencialidade do indivíduo que tenha relação com o bom funcionamento do seu organismo, através da admiração pelo corpo, que vem após a consciência sobre seus mecanismos. Tal objetivo não pode ser dito concluído aqui, uma vez que o foco são os indivíduos, uma vez que o necessário é que essa visão seja difundida e defendida, principalmente para que o bem-estar dos pacientes e a eficácia da medicina sejam cada vez maiores. Aqui há uma etapa desse processo, aqui há o fomentar a discussão, o expor a ideia, o explicitar o problema e a solução.

Fica explicado, desta forma, o verdadeiro caráter deste “trabalho-proposta”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENOS, Dale. Frances Ashcroft: 2007 Walter B. Cannon Physiology in Perspective Lecture. *American Journal of Physiology – Endocrinology Metabolism*, n. 293, p. E879, Aug. 2007. Disponível em: <http://ajpendo.physiology.org/content/293/4/E879.full.pdf+html>. Acesso em: 4 nov. 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
- CARVALHEIRA, José B. C.; ZECCHIN, Henrique G.; SAAD, Mario J. A. Vias de sinalização da insulina. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 419-425, ago. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 dez. 2010.
- FONSECA-ALANIZ, Miriam H. et al. O tecido adiposo como centro regulador do metabolismo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 216-229, abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2010.
- GALE, Susan M.; CASTRACANE, V. Daniel; MANTZOROS, Cristos S. Grelina e controle da energia de homeostase. *NewsLab*, v. 64, p. 130-138, 2004.
- GOLDBERGER, Ary L.; PENG, C. K.; LIPSITZ, Lewis A. What is physiologic complexity and how does it change with aging and disease? *Neurobiology of Aging*, v. 23, n. 1, p. 27-29, 2002.
- GUYTON, Arthur C; HALL, John E. *Tratado de fisiologia médica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- KEANE, Miller. *Enciclopédia e dicionário médico para enfermeiros e outros profissionais da saúde*. São Paulo: Rocco, 2003.
- MACHADO, Ubiratan Fabres; SCHAAN, Beatriz D.; SERAPHIM, Patrícia M. Transportadores de glicose na síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 177-189, abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302006000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 9 dez. 2010.
- MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. Aspectos fisiológicos do balanço energético. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 230-248, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 dez. 2010.

MARTINS, Roberto de Andrade. *Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis*. São Paulo, 1994. Disponível em: <http://www.ifi.unicamp.br/~ghtc/Contagio/>. Acesso em: 10 dez. 2010.

NULAND, Sherwin B. *A sabedoria do corpo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

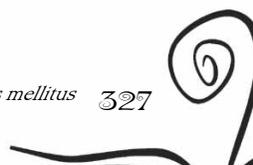
PAKENAS, Antônio; SOUZA JUNIOR, Tácito Pessoa de; PEREIRA, Benedito. Dinâmica não linear e exercício físico: conceitos e aplicações. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 13, n. 5, p. 331-335, set.-out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922007000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 dez. 2010.

RODRIGUES, Ticiania C. et al. Homeostase pressórica e complicações microvasculares em pacientes diabéticos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 882-890, dez. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2010.

SPENCE, Alexander P. *Anatomia humana básica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1991.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

WIKIPEDIA. Walter Bradford Cannon. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Walter_Bradford_Cannon. Acesso em: 10 dez. 2010.



DISCURSO PUBLICITÁRIO E MEDICAMENTO: O USO DE SLOGANS

Isabela Braga de Moura¹

INTRODUÇÃO

A Comunicação em Saúde é uma das estratégias adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a saúde como direito fundamental do ser humano, como previsto na lei nº 8.080, de 1990. Para além de um “conjunto de técnicas e meios a serem utilizados de acordo com os objetivos da área da saúde, notadamente para transmitir informações de saúde para a população” (CARDOSO; ARAÚJO, 2008, p. 95), a comunicação se afirma como elemento essencial para a promoção e a prevenção da saúde.

A linguagem, seja na modalidade oral ou escrita, faz parte do cotidiano de todos os cidadãos. Neste sentido, a linguagem utilizada nas propagandas, especialmente aquela contida nos *slogans*, dada, por exemplo, sua fácil memorização, busca prender a atenção do consumidor (SANDMANN, 2010) e, conseqüentemente, despertar seu interesse pelo produto. No caso do medicamento, a depender do discurso publicitário empregado, o consumidor pode ser levado a pensar que a saúde pode ser comprada (LEFEVRE, 1983).

Se, por um lado, o Ministério da Saúde veicula propagandas por meio de campanhas com o objetivo de promover a prevenção de doenças, a indústria farmacêutica, baseada num pensamento capitalista, por outro utiliza a propaganda de medicamentos como um dos principais meios pelos quais a indústria estimula o consumo. Neste contexto, o medicamento é visto como mercadoria, a qual é entendida, por meio do consumo, como uma fonte geradora de lucro (LEFEVRE, 1983).

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Viviane dos Ramos Soares (mestre em Linguística), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: bela_braga@hotmail.com

A propaganda é o gênero textual mais usado para estimular o consumo de medicamentos por caracterizar-se pelo predomínio de uma linguagem com função apelativa e estética, cuja constante é vender medicamentos (SANDMANN, 2010). A publicidade utiliza racionalmente os recursos que a língua oferece para manipular a opinião do público-alvo sobre determinado produto (TAVARES, 2006).

Os princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – parecem ir de encontro ao discurso publicitário, especialmente o de medicamentos sem receituário médico, isto é, de venda livre. Segundo Araújo (2007), a comunicação na saúde pública não pode ser tratada como se tratasse de uma empresa comercial. Isto porque a comunicação em saúde deve se valer de estratégias com o objetivo de “estabelecer um debate público sobre um tema e de oferecer às pessoas informações suficientes para que elas possam tomar suas próprias decisões e ampliar sua participação nas políticas públicas de saúde” (ibid., p. 113).

O princípio da universalidade garante o direito de todos à saúde sem discriminação (BRASIL, 1990), que, no caso da comunicação em saúde, significa não só o direito ao acesso às informações, mas também o direito de ser ouvido e participar como interlocutor no processo de comunicação. Quando este princípio é comparado com o discurso publicitário, identificamos um conflito, pois a propaganda induz a um determinado comportamento do público, à compra, mas não fornece a informação necessária sobre o medicamento para que o público tome suas próprias decisões (ARAÚJO, 2007).

Em uma sociedade com tantas diferenças sociais, o princípio da equidade é fundamental para que a comunicação esteja ao alcance de todos. Então, são necessárias estratégias diferenciadas, devido às disparidades presentes na sociedade brasileira, para que públicos diferentes possam se apropriar dessas informações fornecidas. Porém, o discurso publicitário, com fins comerciais, terá estratégias diferenciadas para incluir o consumidor dentro do determinado perfil do usuário do remédio com o propósito de vender um produto, o que, como exposto, distancia-se da proposta de comunicação defendida pelo SUS (ARAÚJO, 2007).

A comunicação, dessa forma, é de fundamental importância para a concretização do princípio da integralidade por meio de campanhas

de prevenção e promoção à saúde. Na propaganda de medicamentos, o objetivo é a compra do produto destinado à cura de determinada doença. Então, o discurso publicitário, com fins comerciais, por não ter como objetivo o acesso integral à saúde por parte da população, não contempla a prevenção e promoção (ARAÚJO, 2007).

Ao comparar os princípios do SUS com o discurso da propaganda com fins comerciais, a diferença é perceptível. Enquanto um preocupa-se com a promoção e a prevenção da saúde, o outro tem apenas o consumo de medicamentos como objetivo, a fim de obter lucro.

A concepção comercial vinculada à propaganda de medicamentos e seu impacto negativo na saúde da população culminaram com a criação de uma legislação específica: a RDC nº 102/2000 e suas atualizações (BRASIL, 2000a). O objetivo é controlar a propaganda de medicamentos de venda livre e restringir a de medicamentos controlados, voltada apenas aos profissionais de saúde. Todavia, mesmo com a legislação vigente, a distinção entre o discurso com fins comerciais e com fins à promoção e à prevenção da saúde pública continua explicitada pela linguagem utilizada pelo mercado publicitário na veiculação das propagandas de medicamentos, o que pode ser confirmado pela consulta ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), que tem o registro do medicamento como principal causa de intoxicação (SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS, 2007).

Com o surgimento da antiga RDC nº 102/2000, alguns trabalhos foram realizados com o intuito de verificar a adequação da propaganda às novas normas. Luchessi et al. (2005) realizaram estudo relacionado à propaganda de medicamentos voltado ao monitoramento da qualidade da propaganda, visando os aspectos legais. Costa (2005) e Fagundes et al. (2007) abordaram a questão ética da propaganda de medicamentos. Recentemente Jesus (2008) fez uma análise de *slogans* de medicamentos com uma abordagem da comunicação, saúde e semiótica de medicamentos de diferentes funções. Ramalho (2008) também analisou propagandas de medicamentos do ponto de vista linguístico.

Este artigo tem por objetivo apresentar os resultados da análise linguística de *slogans* de propagandas de medicamentos de venda livre. Para

tanto, será necessário: a) contextualizar historicamente a propaganda no Brasil e, em especial, a propaganda de medicamentos; b) discutir, do ponto de vista linguístico, o uso de *slogans* utilizados nas propagandas, buscando compreender o caráter persuasivo do discurso publicitário; c) aplicar a sistematização do item (b) à análise da propaganda de medicamentos.

SAÚDE E PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

Contextualização histórica

Apesar de o primeiro jornal brasileiro, a *Gazeta do Rio de Janeiro*, ter surgido em 1808 (RAMALHO, 2008), somente a partir de 1827, com a fundação do *Jornal do Comércio*, os anúncios de medicamentos começam a ser publicados em larga escala. Com a ampla concorrência, devido ao grande número de anúncios, houve uma necessidade de inovação por parte dos anunciantes, o que fez com que surgissem os reclames² com depoimentos de pessoas que supostamente tinham sido curadas com tal medicamento (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

Em meados da década de 1840, a venda de medicamentos sem receita de um médico ou cirurgião foi proibida. Porém, isso não estava sendo cumprido (BUENO; TAITELBAUM, 2008). Desde então, percebe-se uma preocupação por parte dos órgãos públicos com a exposição da saúde da população, o que os leva a adoção de medidas para regular a venda de medicamentos.

Em 1850 foi criada a Junta Central de Higiene Pública, primeiro órgão responsável pela fiscalização das propagandas de medicamentos no Brasil. A criação da Junta resultou numa melhor fiscalização, com punições mais rígidas a quem descumprisse as leis (BUENO; TAITELBAUM, 2008). Entende-se que a partir da criação deste órgão, a década de 1850 entra como um marco para a história.

² Termo antigo correspondente a anúncios informativos ou publicitários, geralmente veiculados em jornais e revistas.

Em 1891, foi fundada em São Paulo a Empresa de Publicidade e Comércio, a primeira agência brasileira de publicidade (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

Até então, o que estava sendo veiculado, eram anúncios de remédios que expunham suas funções, informando e explicando detalhadamente a eficiência do produto através de uma linguagem coloquial. Segundo Ramalho, estes anúncios

(...) eram predominantemente verbais, apresentavam os produtos (tônicos, licores, depuradores de sangue, óleos, elixires) como originais, puros, científicos e com amplas indicações. Apoiavam-se em argumentos de autoridades (referências a nomes de médicos, associação do produto a determinados farmacêuticos ou casas representantes). (2008, p. 8)

Foi justamente na virada do século XX, com a esperança de que um novo milênio trouxesse uma expectativa de vida melhor, que o anúncio do Xarope São João revolucionou as técnicas da propaganda com o *slogan* “Largue-me... Deixe-me gritar!...”. E, para atrair o consumidor, foi utilizado um discurso mais dinâmico e moderno, que evidenciava a ilustração; surgiu o primeiro *slogan* na propaganda de medicamentos. Nessa nova era da propaganda no Brasil, escritores e poetas renomados, como Olavo Bilac, passaram a criar e assinar os anúncios, que continham falsas promessas de cura, induzindo, assim, os consumidores a compra (SILVA et al., 2007).

Na década de 1920, a propaganda de medicamentos passou a utilizar como estratégia o estereótipo da mulher moderna, que praticava esportes, fumava e dirigia (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

Foi em 1931, através do decreto nº 20.377, tornou-se legal a fiscalização das propagandas de medicamentos. Nesta mesma década, foi permitido o anúncio nas rádios. Havia também grandes indústrias farmacêuticas estrangeiras se instalando no país, que, patrocinando programas nas rádios, divulgavam seus produtos (BUENO; TAITELBAUM, 2008). Outra técnica utilizada eram os anúncios cantados, que, através de uma linguagem simples com rimas fáceis de memorizar, acabavam conquistando aqueles que os ouvia, e, por serem muitas vezes divulgados nas ruas, eram alvos de difícil acesso à fiscalização.

O decreto-lei nº 4.113 de fevereiro de 1942 regulava a propaganda, e, através desse decreto, houve uma coerção à propaganda de medicamentos a ser mais ética. Seguindo essa linha, nos anos 1950, os anúncios passaram a ser direcionados mais para os próprios médicos, que recebiam visitas de propagandistas (BUENO; TAITELBAUM, 2008). Com a chegada da televisão nos anos 1950 ao Brasil, apenas uma minoria tinha acesso a essa nova mídia. As propagandas televisivas recebiam um investimento publicitário de 6%, a metade do que recebia a revista, cerca 12%, seguido pelo rádio com 16% e do jornal, principal mídia da época, com 28% (RAMALHO, 2008).

Em meados de 1960, os medicamentos que antes eram artesanais passaram a ser substituídos pelos de base química, produzidos em larga escala após comprovação experimental de propriedades farmacológicas ou biológicas. Nesse contexto, a *experimentação técnico-científica* ganhava destaque em detrimento de *crenças mágico-mítico-religiosas* sobre saúde. Como apontado por Nascimento (2005) e Barros (1995), entre 1940-1960, há uma expansão da produção de medicamentos de base química, bem como um aumento na variedade de princípios ativos.

A pesquisa de princípios ativos e a produção industrial de medicamentos sugeriram, por um lado os “benefícios da ciência para a sobrevivência humana”, mas, por outro, mais uma “mercadoria para alimentar o modelo industrial de economia”. Com o crescimento dos investimentos no processo de produção em larga escala, os produtos voltados para a saúde passaram a representar bens de consumo, o que também demandaria um aumento do mercado consumidor de medicamentos. Nesse quadro de industrialização, a propaganda de medicamentos torna-se difundida e agressiva. (RAMALHO, 2008).

Ainda nos anos 1960, houve uma significativa diminuição na veiculação de anúncios com a iniciativa de controlar os preços devido ao grande investimento por parte da indústria farmacêutica na divulgação de seus produtos (SILVA et al., 2007).

Principalmente com o crescimento da televisão nos lares brasileiros, as propagandas televisivas começaram a se intensificar. Segundo Ramalho “a fotografia contribuiu para a gradativa substituição de anúncios verbais

extensos por anúncios predominantemente não verbais” (2008, p. 11). Foi então que o medicamento Engov revolucionou as técnicas de propaganda e foi o primeiro a usar o *merchandising*,³ quando o protagonista da telenovela *Beto Rockefeller* era pago por cada vez que citava o nome do medicamento (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

A partir de então, a propaganda televisiva ganhou força total e invadiu os televisores brasileiros. Com isso, surgiu a necessidade de uma reformulação da legislação brasileira para abranger esse novo veículo. Segundo a lei nº 6.360 de 1976, art. 58. “A propaganda, sob qualquer forma de divulgação e meio de comunicação, dos produtos sob o regime desta lei somente poderá ser promovida após autorização do Ministério da Saúde, conforme se dispuser em regulamento.” (Brasil, 1976).

Na década de 1980, os medicamentos anunciados eram aqueles voltados à saúde do corpo, e o que se via eram garotos propaganda como jogadores de futebol e atrizes famosas que emprestavam sua imagem, cujo objetivo era assimilar os corpos esbeltos ao medicamento. Outra tendência eram os medicamentos para os males do cotidiano, e, como um marco desse novo objeto de propaganda, surge o bordão “Tomou Doril, a dor sumiu” (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

Em novembro de 1985, foi realizada, em Nairóbi, a Conferência de Especialistas sobre o Uso Racional dos Medicamentos, uma conferência internacional que evidenciava a preocupação mundial com as propagandas de medicamento. E o resultado foi o documento *Crítérios éticos para a promoção de medicamentos* da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo era estabelecer critérios para a promoção de medicamentos, visando à melhoria da atenção sanitária por meio do uso racional de medicamentos (RAMALHO, 2008).

Em 1996, entra em vigor a lei nº 9.294, que permitia exclusivamente a propaganda em órgãos de comunicação social de medicamentos de venda livre – aqueles cuja apresentação de prescrição médica para aquisição não é necessária (BRASIL, 2000b) –, e exigia que “toda a propaganda de medicamentos conterá obrigatoriamente advertência indicando que, a

³ Técnica de veicular imagem e/ou mencionar produtos, marcas ou serviços de forma não ostensiva e não declaradamente publicitária em um programa de televisão ou rádio, filme cinematográfico, espetáculo teatral e outros (BRASIL, 2005).

persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado". E, em 1998, é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão público de fundamental importância, capaz regular e fiscalizar todos os produtos sujeitos a vigilância sanitária, assim como os medicamentos. (BRASIL, 1996; BUENO; TAITELBAUM, 2008). A Anvisa está vinculada ao Ministério da Saúde e atualmente é a responsável pelo controle das propagandas de medicamentos (RAMALHO, 2008).

No ano 2000, fica comprovada, através da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos, em que foi relatado que o Brasil estava entre os cinco países que mais os consumia, a necessidade do monitoramento da propaganda de medicamentos. E, no mesmo ano, foi publicada a RDC nº 102, que "se aplica às propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção e/ou comercialização de medicamentos, de produção nacional ou importada, quaisquer que sejam suas formas e meios de veiculação" (BRASIL, 2000a), e restringe a propaganda de medicamentos de venda sob prescrição médica aos profissionais de saúde. No que se refere aos medicamentos de venda livre, proíbe o estímulo ao uso indiscriminado, o anúncio de medicamentos não registrados pela ANVISA nos casos exigidos por lei, entre outros (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

Após cinco anos de vigência, a RDC nº 102/2000 não se mostrava mais eficiente e foi necessária uma nova definição do conceito de propaganda de medicamentos; a consulta pública nº 84, de 16 de novembro de 2005, trouxe esse novo conceito:

PROPAGANDA/PUBLICIDADE – Conjunto de técnicas e atividades de informação e persuasão com fins ideológicos ou comerciais utilizadas com objetivo de divulgar conhecimentos e/ou visando exercer influência sobre o público por meio de ações que objetivem promover e /ou induzir a prescrição, dispensação, aquisição e utilização de medicamento, terapia não medicamentosa ou serviço. (BRASIL, 2005)

A partir da implantação dessas novas leis, a indústria farmacêutica passou a adotar novas estratégias para seduzir os consumidores, fato este comprovado pelo grande investimento em propagandas, como apresentaremos a seguir.

Panorama atual

A indústria farmacêutica teve início, e se desenvolveu, entre os anos de 1890 e 1950. Grande parte deste desenvolvimento deu-se devido aos recursos e ao incentivo fornecidos pelo Estado. Porém, a partir de 1950, o perfil da indústria farmacêutica, que antes se caracterizava pela valorização do nacional, mudou, e com os planos desenvolvimentistas abriu portas para as indústrias internacionais. A partir de 1980, com a lei das patentes, a cultura brasileira do prestígio ao estrangeiro, a fiscalização e o registro exigidos pela Anvisa, por exemplo, dificultou ainda mais o crescimento das indústrias nacionais (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Atualmente há uma concentração de empresas transnacionais que dominam o mercado farmacêutico, no qual se tem aproximadamente quatrocentas empresas, sendo vinte transnacionais responsáveis por cerca de 80% do mercado (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

O mercado farmacêutico é essencialmente constituído de cópias de produtos inovadores, então as indústrias precisam investir em publicidade para se manter, para garantir a consolidação da sua marca. Para isso, propagam a ideia de que seu produto é melhor que o do concorrente. Outra forma de ampliar o consumo é vender a doença, criar novas, redefinir antigas e anunciá-la, tudo para adequar “as novas indicações de velhos medicamentos, sustentar ou ampliar o mercado de consumidores de seus produtos, e assim por diante” (RAMALHO, 2008, p. 17).

Para Tavares, “o discurso publicitário de certo modo é reflexo e expressão da ideologia dominante” (2006, p. 9) na qual o consumo torna-se necessidade básica para ser aceito. A publicidade apresenta o produto como a solução para os problemas e a fonte da felicidade (TAVARES, 2006). No caso do medicamento, é a representação da saúde, que o discurso hegemônico define como estar apto, ou seja, ter um corpo indefinidamente flexível, absorvente e ajustável. Então a propaganda explora esse valor simbólico do medicamento para conquistar os consumidores (RAMALHO, 2008).

A propaganda de medicamentos é a mais nociva devido ao seu poder de criar anseios relacionados à saúde e impulsionar a automedicação, ou seja, o consumo de medicamentos sem a prescrição de um profissional (RAMALHO, 2008).

Outro fator de grande influência na automedicação é a falta de acesso ao sistema de saúde que sempre se encontra sobrecarregado, isto acarreta na dificuldade do paciente de ter acesso a um profissional. A automedicação aparece como solução, e tendo em vista a facilidade de se comprar medicamentos sem receituário, no Brasil, pelo menos 35% dos medicamentos são vendidos sem receita médica (NASCIMENTO, 2005), o resultado é o alto índice de intoxicações (SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS, 2007).

Segundo Nascimento (2005), outro fator de grande influência no consumo de medicamentos é o alto número de farmácias existentes no país, que possui cerca de 50 mil, uma média de uma farmácia para cada 3 mil habitantes, quando a quantidade estipulada pela OMS é de uma para cada 8 mil habitantes. Sendo assim, há 30 mil estabelecimentos farmacêuticos a mais.

Houve uma mudança discursiva na prática publicitária com o objetivo de burlar a nova legislação, como, por exemplo, promover produtos através da simulação de serviço público ou campanha social (RAMALHO, 2010). Outra mudança está no perfil do consumidor, que antes eram representados nos anúncios por chefes de família e donas de casa, mãe e esposas, e hoje são representados pela mulher madura e solteira e pelo homem com filhos, mas não é chefe de família, caracteriza-os como aquele “que possui poder aquisitivo para alcançar mais prazer e felicidade com a expansão do potencial corporal, possibilitada pelo consumo de droga” (RAMALHO, 2010, p. 128).

A intertextualidade, por exemplo, é um recurso linguístico que favorece a persuasão. Este recurso aparece no uso de expressões populares, letras de música ou palavras ditas por personalidades, como forma de apelo discursivo que é reconhecido rapidamente e entra na mente dos consumidores (TAVARES, 2006) e é um recurso comumente utilizado nas propagandas de medicamento.

Apesar de todos os esforços dos órgãos públicos em controlar a propaganda de medicamentos, ela continua a ser veiculada de forma equivocada, influenciando milhares de consumidores. O texto publicitário contém algumas informações, que raramente alertam os consumidores sobre os riscos do consumo desenfreado ou combinação com outros medicamentos.

LINGUAGEM E PODER NA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

O meio social, o qual envolve o indivíduo é o centro organizador da interação verbal. Isso é explicado devido à natureza social da linguagem e seu papel central nas organizações sociais (MARCUSCHI, 2008). As relações sociais são estabelecidas a partir da linguagem que, de acordo com as escolhas de cada indivíduo, tem o papel de construir identidades estabelecidas no discurso.

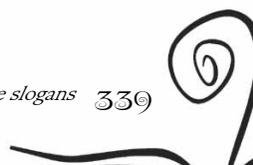
Na lógica do medicamento como mercadoria, a propaganda surge como forma de estimular o consumo, e, para isso, é necessário que o consumidor ocupe-se com a mensagem para memorizá-la (SANDMANN, 2010). Segundo Arrais et al.,

(...) o medicamento foi incorporado à dinâmica da sociedade de consumo, e, portanto, está sujeito às mesmas tensões, interesses e dura competição de qualquer setor do mercado, afastando-se de sua finalidade precípua na prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades. (1997, p. 76)

As mudanças no uso linguístico estão relacionadas a processos sociais e culturais; a análise linguística representa nesse contexto um método para estudar a mudança social (FAIRCLOUGH, 2001). Cada enunciado produzido por um indivíduo é utilizado em esferas particulares da atividade humana para interagir, representar e identificar-se (RAMALHO, 2008).

Nesse sentido, ao entendermos a linguagem como interação social, como discurso, lançamos mão dos pressupostos teórico-metodológicos da análise crítica do discurso (ACD) definida como uma análise sociopolítica que estuda as diferentes formas de poder de acordo com as relações sociais estabelecidas através do discurso (MAINGUENEAU, 2010). A análise do discurso (AD) é uma abordagem científica transdisciplinar para estudos críticos da língua, que, no presente trabalho, se faz presente na relação entre saúde e linguística.

Segundo Maingueneau, a análise do discurso e a análise crítica do discurso correspondem a uma só, visto que



(...) não se pode opor uma análise do discurso que não teria nenhuma dimensão crítica e uma ACD que se caracterizaria por uma finalidade crítica explicitamente assumida. Na verdade, a análise do discurso, de fato, é, por sua própria natureza, portadora de uma dimensão crítica. (2010, p. 64)

Na ACD, compreende-se a língua como trabalho simbólico, como parte do trabalho social geral, no qual o homem e sua história se constituem. A linguagem é entendida como uma mediação necessária entre o homem e sua realidade natural e social (ORLANDI, 2007).

Nesse sentido, o discurso representa uma forma de agir sobre o outro, de exercer um determinado poder e de disseminar ideologias. O discurso não é um simples suporte; ele desempenha um papel constitutivo nos processos ideológicos (MAINGUENEAU, 2010). O sentido é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras são produzidas (ORLANDI, 2007).

Nessa perspectiva, a ACD tem como objetivo revelar os interesses implícitos nos textos, e estabelecer uma relação entre discurso e ideologia. Os textos em questão possuem sempre sentidos ocultos e estão além das interpretações que se propõem dele, é preciso então decifrar o sentido escondido (MAINGUENEAU, 2010).

Para analisar um discurso, o analista não pode se deixar levar pela sedução enganosa do texto nem ser neutro. É preciso também conhecimentos para além da Linguística, que darão subsídios à análise do texto. Portanto, a ACD é uma forma de transformação social e a compreensão dos funcionamentos discursivos (MAINGUENEAU, 2010).

O conceito de publicidade é definido por Tavares da seguinte maneira:

Uma mensagem paga veiculada nos meios de comunicação (mídia) com objetivo de se vender um produto ou serviço, sob a forma de uma marca comercial, para um público-alvo (consumidor) utilizando-se recursos linguísticos e estilísticos de ordenação, persuasão e sedução através de apelos racionais e emocionais. (2006, p. 119)

Na publicidade, o discurso está presente como retórica argumentativa persuasiva e manipuladora e inserido em um contexto no qual é cons-

tituído por fatos socioculturais, e sua produção de sentido se faz através de um senso comum (TAVARES, 2006). Ainda segundo Tavares (2006), para compreender o discurso publicitário, é fundamental entender três características: o imperativo e o indicativo publicitários e a lógica do Papai Noel.

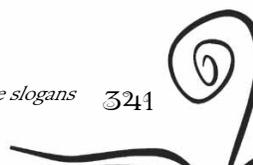
O imperativo publicitário, principal marca linguística do texto de função apelativa, é utilizado para obter um comportamento, no caso a compra do determinado produto. Ele pode aparecer com a conotação de chamar a atenção do consumidor para um pedido, uma ordem, um conselho ou um convite (SANDMANN, 2010).

Porém, atualmente, o imperativo vem sendo substituído pelo indicativo, a fim de que a mensagem esteja inserida em um contexto cultural, de forma ajustada ao cotidiano, em que o discurso se disfarça de desejo de poder para manipular e influenciar melhor os consumidores. (TAVARES, 2006). Segundo Baudrillard,

(...) se resistimos cada vez mais ao imperativo publicitário, tornamos ao contrário cada vez mais sensíveis ao indicativo da publicidade, isto é, à sua própria existência enquanto segundo produto de consumo e manifestação de uma cultura. É nesta medida que nela "acreditamos"; o que consumimos nela é o luxo de uma sociedade de bens que se dá a ver como autoridade distribuidora de bens e que é "superada" em uma cultura. Somos investidos ao mesmo tempo de uma autoridade e de sua imagem. (2000, p. 175)

A lógica do Papai Noel, que faz parte do repertório discursivo da publicidade, contribui na ilusão do consumidor. É uma resposta às angústias e anseios, de consumidores que querem e desejam ser seduzidos e acreditam no produto, que são alimentados com magia e sonho na ilusão de um mundo e vida melhor (TAVARES, 2006).

A exploração desses valores simbólicos na propaganda de medicamentos transformou-se em um instrumento poderoso para induzir o aumento no hábito do consumo de medicamentos, que aparecem como sinônimo de saúde, realização e felicidade. Essas mensagens publicitárias, voltadas ao consumidor, têm enfatizado cada vez mais os benefícios trazidos pelos produtos e não os problemas que podem ser gerados, o que acarreta no aumento do consumo dessas substâncias (BRASIL, 2008).



A linguagem da propaganda tem três funções básicas: a exibição, a interação e a sedução, com o objetivo de “construir o referente ou universo de discurso ou mundo do qual seu texto fala (...), estabelecer os vínculos socioculturais necessários para dirigir-se ao seu interlocutor (...) e distribuir os afetos positivos e negativos cuja hegemonia reconhece e/ou quer ver reconhecida” (TAVARES apud PINTO, 2002, p. 65).

A ACD permite entender o que está implícito no texto, uma visão de mundo carregada de poder e ideologia, inserida no contexto. A propaganda, através de um senso comum e do compartilhamento de valores sociais, culturais e simbólicos, padroniza o imaginário do consumidor, penetrando com facilidade na mente dos consumidores (TAVARES, 2006). Ao mesmo tempo ela dirige-se ao consumidor de forma a singularizá-lo, passando a ideia de que o produto foi feito especialmente para ele (BRASIL, 2008). Isto porque o objetivo primordial da propaganda é a venda de um produto, visando à repetição do consumo como uma forma de pertencer socialmente.

O discurso publicitário aparece como um instrumento de controle social, isto é, de controle sobre a sociedade. Para tanto, simula o igualitarismo, disfarça os indicadores de autoridade e poder através de uma linguagem sedutora, cujo objetivo é induzir o consumo. Como consequência, ele transforma o social, sendo compreendido como uma “retórica de manipulação e prática social de consumo” (TAVARES, 2006, p. 141).

A capacidade de realizar ou transformar os recursos linguísticos disponíveis possibilita a produção de poder, ou seja, a dominação de alguns atores, que tiram proveito das atividades dos seres humanos, sobre outros (MARCUSCHI, 2008). Tendo em vista o gênero textual propaganda de medicamento, é possível postular relações de dominação caracterizadas pelos peritos em saúde, detentores do conhecimento acadêmico, e pelos leigos.

Todavia é importante observar que o uso desnecessário de medicamentos pode causar intoxicações, agravar quadros clínicos ou dificultar a identificação da patologia, por tal motivo, o medicamento não pode ser inserido na lógica de mercado, em que as demandas são sempre superiores às reais necessidades (BRASIL, 2008).

O discurso da propaganda, de medicamento em especial, utiliza como estratégia argumentos de caráter científico para dar credibilidade. E

agregam-se ao medicamento valores tais como o da família, da saúde, da beleza, a sintonia com a modernidade, entre outros (BRASIL, 2008).

Os consumidores são motivados através do discurso publicitário e da ideologia nele presente a comprar medicamentos por serem iludidos pela mesma de que através da consumação da compra, eles estarão se adequando aos valores estáticos e de conduta considerados ideias na sociedade contemporânea.

Muito utilizado nas propagandas de medicamentos, o *slogan* nada mais é do que uma representação da cultura na qual está inserida. Ele aproxima o consumidor da marca, para que o mesmo a reconheça e a memorize, com o propósito de satisfazer, seduzir, demonstrar, mostrar e agradar. Mas para que o consumidor tenha uma fidelidade a um determinado medicamento, ele deve ser único, um signo identificador e individualizador (JESUS, 2008).

Segundo Jesus (2008), o *slogan* pode ser entendido como uma assinatura, pois busca dar a última palavra e legitimar a mensagem, como a assinatura no cheque. Um bom exemplo disso é o *slogan* "Se é Bayer, é bom".

ANÁLISE DOS SLOGANS DA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

Arrais et al. (1997) apontam o perfil da automedicação no Brasil, e os analgésicos aparecem como os mais consumidos. Dado este confirmado pelas pesquisas feitas pelo IMS Health, instituto que audita a indústria farmacêutica, divulgadas pela *Revista Época* em 2008, na reportagem "Rivotril: por que o medicamento é o segundo mais vendido no país?" (SEGATTO et al., 2009), que apontou os dez medicamentos mais vendidos, listados nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Medicamentos mais vendidos em 1998 no Brasil.

1 - Cataflam (analgésico e anti-inflamatório)
2 - Novalgina (analgésico e antitérmico)
3 - Hipoglós (pomada contra assaduras)
4 - Neosaldina (analgésico e antiespasmódico)
5 - Voltaren (antirreumático, anti-inflamatório e analgésico)
6 - Lexotan (ansiolítico)
7 - Redoxon (vitamina C)
8 - Buscopan Composto (antiespasmódico e analgésico)
9 - Sorine (descongestionante nasal)
10 - Vick Vaporub (unguento descongestionante)

Quadro 2 – Medicamentos mais vendidos em 2004 no Brasil.

1 - Microvlar (anticoncepcional)
2 - Neosaldina (analgésico e antiespasmódico)
3 - Hipoglós (pomada contra assaduras)
4 - Buscopan Composto (antiespasmódico e analgésico)
5 - Novalgina (analgésico e antitérmico)
6 - Rivotril (ansiolítico e anticonvulsivante)
7 - Tylenol (analgésico e antitérmico)
8 - Cataflam (analgésico e anti-inflamatório)
9 - Neovlar (anticoncepcional)
10 - Luftal (antigases)

Quadro 3 – Medicamentos mais vendidos em 2008 no Brasil.

1 - Microvlar (anticoncepcional)
2 - Rivotril (ansiolítico e anticonvulsivante)
3 - Puran T4 (hormônio tireoidiano)
4 - Hipoglós (pomada contra assaduras)
5 - Neosaldina (analgésico e antiespasmódico)
6 - Buscopan Composto (antiespasmódico e analgésico)
7 - Salonpas (analgésico e anti-inflamatório)
8 - Tylenol (analgésico e antitérmico)
9 - Novalgina (analgésico e antitérmico)
10 - Ciclo 21 (anticoncepcional)

Como é possível observar, os resultados obtidos evidenciam que dentre os medicamentos mais vendidos no Brasil, cinco são analgésicos: Neosaldina®, Buscopan Composto®, Salonpas®, Tylenol® e Novalgina®, fato este que se repete há dez anos.

A pesquisa realizada analisou o *slogan* de propagandas de medicamentos vendidos sem receituário médico, dada a facilidade ao acesso aos medicamentos por parte da população, aumentando o risco da automedicação. Os medicamentos escolhidos para análise foram os analgésicos, pois segundo Arrais et al., há uma “predominância dos analgésicos entre os medicamentos mais procurados [e] esse é um fato comum tanto na automedicação praticada no Brasil como em outros países” (1997, p. 76).

Os *slogans* analisados foram obtidos por meio da seleção de peças publicitárias veiculadas após a publicação da RDC nº 102/2000, a fim de identificar quais são os aspectos linguísticos mais utilizados para persuadir o consumidor.

Levando em consideração, portanto, a disponibilidade de dados, a pesquisa adotou os *slogans* das propagandas de analgésicos mais vendidos no Brasil no ano de 2008 como material de análise. Consideraram-se somente as propagandas dos medicamentos Neosaldina® e Buscopan® por apresentarem um *slogan* curto, breve e de fácil memorização, enquanto os demais apontados na pesquisa não apresentam tais características.

Os *slogans* de ambas as propagandas apresentam seis palavras e são constituídos por enunciados oracionais. São também processos verbais relacionais, que utilizam apelos para promover a persuasão (figuras 1 e 2).



Figura 1 – Propaganda de Neosaldina®.



Figura 2 – Propaganda de Buscopan®.

A análise foi feita considerando os recursos linguísticos frequentemente utilizados para persuadir os consumidores (SANDMANN, 2010): a falta de períodos e frases completas, o paralelismo, a rima, presente no *slogan* “Tomou Doril, a dor sumiu” do medicamento Doril®, que mediante o efeito sonoro tornará a memorização mais fácil; o dêitico “você” presente no *slogan* do Melhoral®, “Pra você ficar legal, melhor é Melhoral®”.

Já no *slogan* do Gelol®, “passa Gelol® que passa”, ocorre a repetição do verbo “passa” com diferenças de sentido: no primeiro caso, o sentido está relacionado à ação de passar, aplicar o medicamento; já no segundo significa a ação de desaparecer o sintoma, a dor.

Com o *slogan* “Dor de cabeça? Chama a Neosa”, a propaganda da Neosaldina® externa forte apelo ao destinatário, e sua função é apelativa. Ela centra o ato comunicativo no receptor, usando o período interrogativo: “Dor de cabeça?” Para, em seguida, trazer a solução em um período no imperativo: “Chama a Neosa.” Esta última é, para Sandmann (2010), a principal marca linguística do texto de função apelativa.

A frase imperativa, diferentemente das outras, quer um comportamento. Porém, dependendo do contexto, ela pode expressar um pedido, uma ordem, um conselho ou um convite. No caso desta propaganda, o uso do imperativo expressa um conselho, ao passo que quer obter do interlocutor um comportamento. A propaganda apresenta a solução para o problema, a dor de cabeça, aconselhando o destinatário a fazer uma determinada ação, tomar o remédio.

Já a frase interrogativa, é uma forma muito direta de apelo ao interlocutor, de empatia, de interesse por ele. É como se a propaganda estivesse se comunicando especificamente com o destinatário, ela se aproxima. Dá a entender que foi feita para ele para em seguida dar um conselho. Isto para persuadir um possível consumidor e levá-lo a um comportamento, a compra.

As figuras de linguagem são formas de expressão que fogem à linguagem comum, dando a mensagem mais vivacidade, vigor e algumas vezes criatividade (SANDMANN, 2010). No caso dessa propaganda, uma figura de linguagem utilizada é a personificação, que seria a atribuição de propriedades de pessoas humanas a seres inanimados e ao ser utilizado na propaganda, sua função é de causar estranhamento e prender a atenção do leitor.

A personificação na propaganda da Neosaldina® encontra-se no uso da palavra “Neosa”, que dá a entender ser uma pessoa, do sexo feminino, a quem o interlocutor, que se encaixe no perfil, com dores de cabeça, deve chamar. A pessoa é na verdade o medicamento, que representa a solução para o problema.

O uso do feminino pode ser explicado pela ideia da mulher como aquela que cuida e cura, responsável por promover a saúde da família (ARRAIS et al., 1997), dando inclusive um sentido maternal, que gera confiança. Fato este que demonstra a exploração por parte da propaganda do papel social tradicionalmente atribuído às mulheres, a qual reflete a maneira de ver o mundo de uma sociedade em certo espaço da história, a ideologia dominante.

Esta propaganda é um exemplo de dispositivos por meio do qual se instalam representações e forjam diretrizes que vão orientar a criação simbólica da identidade, que são construções discursivas e passageiras. Porém esta não pode ser permanente, essa é a condição da vida moderna (GREGOLIN, 2007).

A propaganda do medicamento Buscopan® tem como *slogan* “É rápido. É eficaz. É Buscopan®.” Na qual é utilizada a função estética da linguagem, que desempenha o papel de chamar a atenção do leitor para o texto e prender a atenção do mesmo. Outro papel é fazer com que o destinatário memorize a mensagem, para tanto é necessário utilizar recursos que evidenciem a mensagem (SANDMANN, 2010).

A função estética da linguagem se concentra na mensagem, visando chamar a atenção do receptor para o conteúdo da mensagem e despertar prazer estético, fazendo com que ele memorize a mensagem. A finalidade é levá-lo a ação, ao consumo (SANDMANN, 2010).

Um recurso relacionado a tal função e facilmente reconhecido nesta propaganda é o paralelismo, isto é, um “esquema formal em que temos a repetição próxima da mesma estrutura sintática ou de sequência de unidades sintáticas” (SANDMANN, 2010, p. 70). O efeito comunicativo desta figura é a empatia, identificação, automaticidade e simplicidade.

Neste sentido, o *slogan* “É rápido. É eficaz. É Buscopan®” tem frases curtas paralelas, com uma estrutura de verbo de ligação e adjetivo,

que caracterizam o medicamento. Dando um sentido lógico a estrutura, se é rápido e eficaz, é Buscopan®. Esta estrutura, ao passo que chama a atenção do leitor, favorece também a memorização do *slogan*, que será lembrado por não ser comum. A falta do conectivo na última oração é proposital, para simplificar a estrutura da propaganda, característica muito comum, tornando-a mais dinâmica e facilitando a memorização.

Como consequência dos valores dos medicamentos, seguidamente enaltecidos nas propagandas, ocorre com frequência a utilização de adjetivos, substantivos ou sintagmas nominais, que, obviamente, são objetos ou qualidades de caráter positivo (SANDMANN, 2010). Nesta propaganda é possível apontar dois adjetivos: rápido e eficaz. Adjetivos estes que qualificam o medicamento.

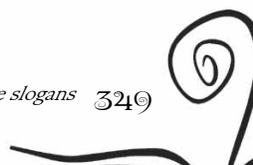
O que se conclui desses adjetivos é que o remédio é perfeito, age de forma rápida e eficaz. Mas na verdade isso é só uma ilusão, uma fantasia, que faz parte do repertório do discurso publicitário para seduzir o consumidor, uma vez que a publicidade o alimenta com sonhos e magia, responde às angústias e aos anseios. É a lógica do Papai Noel, na qual se crê na publicidade que quer fazer com que os destinatários acreditem no produto (TAVARES, 2006).

A mitificação do medicamento Buscopan® é construída pelo discurso publicitário, o que revela a manipulação do imaginário da nossa sociedade em um contexto consumista, fazendo-a acreditar no poder quase que milagroso do medicamento devido às qualidades que lhe foram atribuídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso adotado no presente trabalho possibilitou uma reflexão acerca dos *slogans* dos medicamentos Buscopan® e Neosaldina®, demonstrando sua capacidade altamente persuasiva, que através da exploração dos recursos linguísticos manipula e seduz os destinatários, reforçando valores e ideais nas linhas e entrelinhas.

A propaganda da Neosaldina® utiliza, racionalmente, alguns recursos linguísticos como frases interrogativas, o imperativo, a personificação, para



em um primeiro momento prender a atenção do destinatário, e posteriormente levá-lo a um comportamento, no caso a compra do medicamento.

Também é possível identificar a imposição de determinados valores e ideais, no caso o da mulher, nas linhas e entrelinhas. E o veículo utilizado para essa imposição são os próprios recursos linguísticos.

Considerando as questões supracitadas, a propaganda do medicamento Buscopan® utiliza racionalmente os recursos linguísticos para chamar a atenção do receptor para a mensagem, que irá seduzi-lo a partir de uma mitificação. O consumidor é levado a memorizar a mensagem na expectativa de que ele compre o produto e que esta ação seja contínua.

A indústria farmacêutica parte da concepção do medicamento como mercadoria comum e através das propagandas incentiva o consumo indiscriminado, o que é proibido pela RDC nº 102/2000. O *slogan* do medicamento Neosaldina® emprega imperativo que induz o destinatário ao consumo, o que é vedado pela lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996.

O consumo de medicamentos, tão estimulado pelas propagandas direcionadas ao público em geral, sem uma orientação médica, representa um grande risco à saúde tanto individual quanto coletiva. Nesse sentido, acredita-se que a presente análise ressalta a importância de um estudo entre diferentes áreas: a Linguística e a Saúde. Afinal, vivemos em “um mundo no qual nada de importante se faz sem discurso” (SANTOS, 2005, p. 74).

Uma visão crítica do discurso publicitário permitiu-nos identificar o alto poder persuasivo deste gênero textual e a importância de estudos que relacionem estas duas áreas, tendo em vista os riscos que as propagandas com seus recursos persuasivos podem representar à saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Inesita Soares de. Comunicação e saúde. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (org.). *Educação e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 101-124. (Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 6).

ARRAIS, Paulo Sérgio D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 71-77, fev. 1997.

BAKTHIN, Mikhail (Volochinov). *Marxismo e filosofia da linguagem*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

BARROS, José Augusto Cabral de. *Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BAUDRILLARD, Jean. *O sistema dos objetos*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

BRAIT, Beth. Práticas discursivas e a esfera publicitária. In: MICHELETTI, Guaraciaba (org.). *Enunciação e gêneros discursivos*. São Paulo: Cortez, 2008. p. 17-27.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976: dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 12.647, 24 set. 1976. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_6360_76.pdf. Acesso em: 10 abr. 2010.

_____. Lei nº 9.294, de 15 de setembro de 1996: dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do par. 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 1.374, 16 set. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm. Acesso em: 10 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990.

_____. RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000: aprova o regulamento sobre propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1º dez. 2000a.

v. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Consulta pública nº 84, de 16 de novembro de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 de nov. 2005.

_____. _____. *Vigilância sanitária e escola: parceiros na construção da cidadania*. Brasília: Anvisa, 2008.

_____. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 206-209, abr. 2000b.

BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. *Vendendo saúde: a história da propaganda de medicamentos no Brasil*. Brasília: Anvisa, 2008.

CARDOSO, Janine Miranda; ARAÚJO, Inesita Soares de. Comunicação e saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César Lima. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 94-103.

COSTA, Maria Rita Resende Martins da. *A propaganda de medicamentos de venda livre: Um estudo do discurso e das questões éticas*. 2005. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Faculdade de Comunicação, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2005.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa". In: _____; _____ (org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006. p. 15-47.

DUCROT, Oswald. *Princípios de semântica linguística: dizer e não dizer*. São Paulo: Cultrix, 1977.

FAGUNDES, Maria José Delgado et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 221-229, 2007.

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora UnB, 2001.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GREGOLIN, Maria do Rosário. Análise do discurso e mídia: a (re) produção de identidades. *Comunicação, Mídia e Consumo*, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 11-15, nov. 2007.

JESUS, Paula Renata Camargo de. *Os slogans na propaganda de medicamentos: um estudo transdisciplinar – comunicação, saúde e semiótica*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2008.

LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983.

LUCHESSI, André Ducatti et al. Monitoração de propaganda e publicidade de medicamentos: âmbito de São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 41, n. 3, p. 345-349, jul.-set. 2005.

MAINGUENEAU, Dominique. Crítica (análise): as condições de uma análise crítica do discurso. In: POSSENTI, Sírio; SOUZA-E-SILVA, Maria Cecília Perez (org.). *Doze conceitos em análise do discurso*. São Paulo: Parábola Editorial, 2010. p. 63-78.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In: DIONISIO, Ângela Paiva; MACHADO, Anna Rachel; BEZERRA, Maria Auxiliadora (org.). *Gêneros textuais & ensino*. 4.ed. Rio de Janeiro: Lucerna, 2005. p. 19-36.

_____. *Produção textual, análise de gêneros e compreensão*. São Paulo: Parábola Editorial, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

NASCIMENTO, Álvaro. "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado": isto é regulação? São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2005.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ORLANDI, Enni P. *Análise de discurso: princípio e procedimento*. Campinas: Pontes, 2007.

RAMALHO, Viviane C. Vieira Sebba. *Discurso e ideologia na propaganda de medicamentos: um estudo crítico sobre mudanças sociais e discursivas*. 2008. Tese (Doutorado em Linguística) – Programa de Pós-graduação em Linguística, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

_____. Tecnologias discursivas na propaganda de medicamentos. *Discurso & Sociedade*, v. 4, n. 3, p. 507-537, 2010.

SANDMANN, Antônio. *A linguagem da propaganda*. São Paulo: Contexto, 2010.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SEGATTO, Cristiane et al. Rivotril: por que o medicamento é o segundo mais vendido no país? *Época*, 19 fev. 2009. Disponível em: http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI27270-15257-3,00_RIVOTRIL+POR+QUE+O+MEDICAMENTO+E+O+SEGUNDO+MAIS+VENDIDO+NO+PAIS.html. Acesso em: 13 out. 2010.

SILVA, Daniela Regina da et al. Publicidade de medicamentos de ontem e de hoje: a responsabilidade da publicidade no incentivo à automedicação. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE, 12. *Anais... Juiz de Fora*, 2007. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2007/resumos/R0526-1.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2010.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). *Registros de Intoxicações. Dados Nacionais. Brasil, 2007. Tabela 4. Casos Registrados de Intoxicação Humana, de Intoxicação Animal e de Solicitação de Informação por Agente Tóxico*. Rio de Janeiro: Sinitox, [s.d.]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab04_brasil_2007.pdf. Acesso em: 5 jun. 2010.

TAVARES, Fred. Publicidade e consumo: a perspectiva discursiva. *Comum*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 117-144, jan.-jun. 2006.

TEMPORÃO, José Gomes; RAMOS, Célia Leitão. A propaganda de medicamentos e o mito da saúde. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo (org.). *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

VALENZUELA, Rúbia Carolina Martins; BOER, Maria Ângela de Sousa. *Dialogismo e polifonia do texto de propaganda*. In: COLÓQUIO DE ESTUDOS LINGUÍSTICOS E LITERÁRIOS (CELLI), 3. *Anais... Maringá*, 2009, p. 2.029-2.039. Disponível em: http://www.ple.uem.br/3celli_anais/trabalhos/estudos_linguisticos/pfd_linguisticos/093.pdf. Acesso em: 12 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution of The World Health Organization*. Genebra: WHO, 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 14 nov. 2010.

EDUCAÇÃO AUDIOVISUAL CRÍTICA: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA CINECLUBISTA COMO PROCESSO DE FORMAÇÃO¹

Jean Carlos Pereira da Costa²

O trabalho – admite Marx – é a atividade pela qual o homem domina as forças naturais, humaniza a natureza; é a atividade pela qual o homem se cria a si mesmo. Como, então, o trabalho – de condição natural para a realização do homem – chegou a tornar-se o seu algoz?
Leandro Konder, 1994

Em uma sociedade onde a influência imagética atua em quase todas as esferas do cotidiano, é preciso questionar as condições em que os espectadores têm a possibilidade da construção de um olhar crítico, bem como as condições em que são apenas receptores passivos do que a ideologia mercadológica da imagem lhes proporciona. É preciso pensar e propor um lugar de crítica, discussão e produção de imagens, vídeos, produtos audiovisuais, como formas de conhecimento, tendo como pressuposto a construção de um olhar aliado à práxis, garantindo um processo de formação marcado pela autonomia e emancipação social.

Este artigo se propõe a refletir sobre o poder da imagem e seu potencial formativo na sociedade contemporânea, mais especificamente, a imagem cinematográfica, relacionando-a à Teoria Crítica da Escola de

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0023.0.408.000-10.b.

² Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). Atualmente cursa Comunicação Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Gregorio Galvão de Albuquerque (mestrando em Educação), do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (Nuted). Contato: jeancosta@fiocruz.br.



Frankfurt e à atividade do movimento cineclubista brasileiro. Tendo como fonte de pesquisa de campo o Instituto Cultural Cinema Brasil, bem como o Colégio Estadual Gomes Freire de Andrade, além de um aluno da disciplina de audiovisual da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e também frequentador do Cine Donana, pretende-se relacionar teoria, história e práxis indicando a reflexão sobre uma educação audiovisual crítica fora do espaço escolar a partir da experiência cineclubista.

A CULTURA DA IMAGEM E SUAS MIRAGENS

Em meio ao contexto da produção cultural contemporânea, o termo *indústria cultural*, cunhado pelos filósofos da Escola de Frankfurt Theodor Adorno e Max Horkheimer, em 1947, torna-se atual, pois se remete à produção cultural própria do capitalismo, diferenciando-se do significado ilusório do termo *cultura de massas*, que faz pensar ser uma cultura produzida espontaneamente pela própria massa, enquanto que, na realidade, significa a cultura produzida industrialmente destinada à massa. O conceito indústria cultural carrega consigo certo ceticismo também quanto ao papel das artes nas sociedades modernas, sendo estas manchadas pelo nazismo, pelos campos de concentração, entre outras mazelas da sociedade alemã referentes à conjuntura política dos anos 1930.

Para Adorno e Horkheimer, na indústria cultural, tudo se torna negócio e “enquanto negócios, seus fins comerciais são realizados por meio de sistemática e programada exploração de bens considerados culturais” (1996, p. 7). Neste sentido, o termo sugere a expansão do empreendimento capitalista para mais uma esfera da reprodução social. Imagens, sons, conceitos, entretenimento, esclarecimento, tudo se transforma em mercadoria cultural, sendo a esfera cultural degradada ao se tornar uma função do capital.

A indústria cultural busca criar uma *identidade coletiva* em que o indivíduo necessite de consumir os produtos culturais na lógica hegemônica, para que se sinta parte de um todo. Essa busca pelo ser igual mostra o caráter ilusório da indústria cultural, que cria uma cultura marginalizada para indivíduos já marginalizados economicamente, não sendo necessá-

rio pensar, mas apenas escolher entre esquemas já prontos. Os produtos culturais, então, passam a ter mais semelhanças entre si: cinema, rádio e televisão têm suas estruturas cada vez mais padronizadas, sendo o conhecimento proveniente desses aparelhos midiáticos mais um mecanismo de alienação cultural para a massa.

(...) o indivíduo é ilusório não apenas por causa da padronização do modo de produção. Ele só é tolerado na medida em que sua identidade incondicional com o universal está fora de questão. (...) o que domina é a falsa individualidade. (...) a individuação jamais chegou a se realizar de fato. (...) O indivíduo, sobre o qual a sociedade se apoiava, trazia em si mesmo sua mácula; em sua aparente liberdade, ele era o produto de sua aparelhagem econômica e social. (ADORNO; HORKHEIMER, 1995, p. 144)

No caso da imagem, em seu sentido negativo, ao especificar sua semelhança a um objeto ou uma pessoa real, denota ao mesmo tempo um valor próprio na tentativa de distinguir-se ou de assemelhar-se a tal objeto ou pessoa. Na sociedade contemporânea, a evolução técnica na produção e reprodução de imagens contribui intensamente para uma maior identificação com o valor próprio da imagem do que com o que ela se pretende a representar.

Nesse contexto, a simbiose entre publicidade e cultura torna-se clara e as imagens podem ser tomadas como sintoma de uma cultura que se tornou descartável, mas, nem por isso, menos necessária no estágio atual da sociedade capitalista. Para ficar mais claro: a descartabilidade da cultura é a própria condição para a reprodução acelerada do capitalismo de *imagens*. (FONTENELLE, 2002, p. 289; grifado no original)

Tanto a evolução técnica quanto a identificação com as representações são garantidas por uma ideologia. Ideologia essa que irá conferir aspectos políticos, culturais e sociais à imagem que não os já próprios desta, fazendo da identificação algo manipulado e não natural. De acordo com Marx, a ideologia não é a mentira pura e simples: ela pressupõe o conhecimento (ao menos algum conhecimento verdadeiro) e o distorce, a ponto de traí-lo. Os avanços tecnológicos surgidos a partir da metade do século XX e o crescente interesse da ideologia de mercado nas produções

audiovisuais se articulam de forma com que a técnica se aprimore cada vez mais nas representações da realidade.

A falsidade da ideologia passa a ser perversamente mais importante à medida que ela, a ideologia, alimenta a pretensão de corresponder à realidade. E essa pretensão se fortalece ao máximo quando o sujeito é induzido a crer que alcançou uma visão global satisfatória, um conhecimento do todo, do conjunto articulado das coisas compreendidas. (KONDER, 2002, p. 84)

Embora seja necessário pensar a crítica à indústria cultural e à espetacularização da imagem e da ideologia, deve-se transgredir a esfera da crítica pela crítica aos meios de comunicação – se são bons, se são ruins –, analisando e questionando a profundidade dos efeitos da expansão capitalista e das tecnologias na vida cotidiana, consumindo criticamente.

Com a criação de produtos culturais que possuam um alto nível de aceitação e carregados pela ideologia de mercado, a indústria cultural media a formação do indivíduo na sociedade contemporânea, seja no campo do trabalho, da saúde, da educação, do lazer e da própria cultura em si. Os produtos idênticos são repetidos continuamente, de forma que passem a ser cada vez mais desejados e de forma que garantam o poder e o lucro do sistema dominante. Tal repetição se dá de forma camuflada: através de variações aparentes desses produtos, reproduzidas nos mesmos modelos. Massificam-se, assim, tais imagens e se cria a necessidade do consumo do novo para que o indivíduo se insira na sociedade capitalista.

Agora surge um tecido de imagens ou um *imaginário*, que desvia nossa atenção da realidade, ou que serve para nos dar compensações ilusórias para as desgraças de nossas vidas ou de nossa sociedade, ou que é usado como máscara para ocultar a verdade. O imaginário reprodutor (nas ciências, na Filosofia, no cinema, na televisão, na literatura, etc.) bloqueia nosso conhecimento porque apenas reproduz nossa realidade, mas dando a ela aspectos sedutores, mágicos, embelezados, cheios de sonhos que já parecem realizados e que reforçam nosso presente como algo inquestionável e inelutável. É um imaginário de explicações feitas e acabadas, justificador do mundo tal como ele parece ser. Quando esse imaginário é social, chama-se *ideologia*. (CHAUÍ, 2005, p. 171; grifado no original)

É assim, então, que as produções da indústria cultural passam a agregar uma série de elementos reais que contribuem para uma maior identificação dos receptores com os fragmentos da realidade projetados. Naturalizam-se diversas relações sociais estereotipadas e se constrói um olhar que torna o espectador um simples receptor passivo das informações que lhes são apresentadas, mecanizando a relação entre o homem e sua subjetividade. De certa forma, é por meio de sombras do real conhecimento que a indústria cultural age: ela agrega ao espectador parte de um conteúdo de forma que este lhe pareça completo, e, assim, traz a impressão de plena compreensão daquilo que é transmitido.

(...) a contradição entre a *formação cultural* e a *sociedade de consumo* não apresenta como resultado a *não cultura*, o *não saber* e sim a *semicultura* (...). No *não saber* há uma predisposição do homem para a busca do *saber*. Sócrates colocava no autoconhecimento da ignorância o início do filosofar. No *semisaber* a pessoa se julga *sabedora* e se fecha às possibilidades da *sabedoria*. (PUCCI, 1997, p. 96; grifado no original)

O avanço da reprodutibilidade técnica contribui também para o fetichismo e espetacularização da imagem na sociedade contemporânea. O aprisionamento à imagem como desejo de consumo de forma de vida remete ao que Platão expõe em sua Alegoria da Caverna, com o olhar que só enxerga sombras do conhecimento real e só ouve os sons, sem saber de onde realmente vieram.



Figura 1 – Alegoria da Caverna.
Fonte: WHITE, 2008.

Com o método da dialética ascendente e descendente, Platão descreve a fuga de um prisioneiro da caverna, mostrando a passagem difícil e dolorosa da escuridão do lugar para a luz, da ignorância para o conhecimento, caracterizando a transgressão do mundo sensível para o inteligível como um processo de desconstrução e emancipação do olhar e da valorização das subjetividades. Após alcançar seu fim, a verdade, o prisioneiro que conheceu o inteligível retorna à caverna tentando convencer aqueles que ainda são prisioneiros de que há outra realidade que não a da caverna e de que as sombras e os simulacros projetados na parede são nada mais que meras ilusões do real. No entanto, os prisioneiros se recusam a acreditar naquilo que ouvem e tendem ridicularizar aquele que voltou à caverna, tendo esse a possibilidade de ser até mesmo morto pelos outros prisioneiros por não conseguir mais se acostumar apenas ao que as sombras lhe mostram.

Ora, pois, o que Platão expõe na Alegoria da Caverna dialoga ainda hoje com a indústria cultural e se intensifica ainda mais quando é relacionado ao exposto por Adorno na *teoria da semicultura*. Tem de se atentar que a dialética platônica está ligada à construção de um mundo ideal, um mundo em que ainda se pensa a possibilidade de uma total emancipação, uma total autonomia, enquanto que Adorno atenta para a crítica desse mesmo mundo, mas com a possibilidade de se criar espaços de contradição e pensamento crítico acerca do que a *semicultura* ou *semiformação* tenta impregnar em todos.

Quando o campo de forças a que chamamos formação se congela em categorias fixas – sejam elas do espírito ou da natureza, de transcendência ou de acomodação – cada uma delas, isolada, se coloca em contradição com seu sentido, fortalece a ideologia e promove uma formação regressiva. (ADORNO, 1996, p. 390)

O que se pode rascunhar hoje é uma caverna com níveis de ascensão que induzem à semiformação pela ilusão de diversas escolhas e estilos de vida que podem ser consumidos.

(...) pode-se falar, com justiça, de *vida na caverna pós-moderna*, mergulhada o tempo todo em simulacros, em imagens e imagens da mercadoria, a se repetir em um presente veloz, vazio e voraz, do

qual se ausentaram as vidas e a memória das gerações passadas. E pode-se também entender a atualidade da citação que abre o livro, tirada do Livro VII da *República*: “Que estranha cena descreves e que estranhos prisioneiros. São iguais a nós”. (BUENO, 2003, p. 25; grifado no original)

A cada nível, os prisioneiros tentam se libertar, enxergar e ouvir de forma mais clara os objetos, as informações, e as forças que tentam dominá-los. No entanto, é necessário compreender-se em um mundo da prática, da realidade contemporânea, sabendo que a semiformação está presente também em todas as possibilidades de emancipação humana, impedindo cada vez mais estas possibilidades.

A não cultura, como mera ingenuidade e simples ignorância, permitia uma relação imediata com os objetivos e, em virtude do potencial de ceticismos, engenho e ironia – qualidades que se desenvolvem naqueles que não são inteiramente domesticados –, podia elevá-los à consciência crítica. Eis algo fora do alcance da semiformação cultural. (ADORNO, 2011, p. 402)

Pela semiformação, experencia-se um conhecimento que impede a transgressão da esfera da adaptação proposta pela cultura, sendo os espaços de autonomia e criação cada vez mais suprimidos do processo de formação. O caráter dual que a cultura possui de se remeter à sociedade e mediatizar esta e a semiformação se estabelece numa progressão cada vez mais desigual, criando entraves que desestimulam ou apagam os espaços de diferenciação e autonomia na apropriação e reconstrução pelo homem de todo o conhecimento mediado.

O véu da integração encobre as possíveis manifestações de autonomia do sujeito, impedindo que os homens se eduquem uns aos outros, dificultando-lhes a compreensão crítica da vida real, favorecendo manifestações irracionais. A consciência da massa, formada por bens culturais neutralizados e petrificados, é levada a desenvolver valores de consumo imediatos, mantendo distância em relação às reais criações artísticas, excluída do privilégio da cultura. (PUCCI, 1997, p. 91; grifado no original)

É nesse sentido em que se pode relacionar a indústria cultural e a semiformação com a mercantilização da cultura na sociedade contem-



porânea. A partir do momento em que não existem ou são escassos os momentos de diferenciação no processo de formação cultural, a apropriação da indústria cultural se estabelece, de forma com que o estilo de vida, o modo de consumo e, até mesmo, o sentido mais individual do ser humano, o gosto, seja padronizado. O gosto não é mais um sentido individual, mas sim da sociedade, ou melhor, do mercado. A promessa de que a tecnologia traria uma maior individualização do sujeito e de suas subjetividades mascara a padronização das correntes do mercado que se opõe aos desejos autônomos. Relembrando Jameson, “o novo carro da moda é essencialmente uma imagem que outras pessoas devem ter de nós, e consumimos menos a coisa em si que sua ideia abstrata, aberta a todos os investimentos libidinais engenhosamente reunidos para nós pela propaganda” (2006, p. 12).

Hoje, a indústria cultural nega cada vez mais as fugas da semiformação. As salas de cinema, por exemplo, são de monopólio do que mais se vende e, conseqüentemente, espaço de forte atuação da ideologia dominante, enquanto que a televisão se torna um espaço de apresentação prévia de substitutivos (ADORNO, 2010, p. 81), direcionando os espectadores aos papéis que deverão representar em suas vidas, ou melhor, na *sociedade do espetáculo*, que, segundo Debord, “não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediatizada por imagens” (2005, p. 9).

A reproduzibilidade técnica dos bens culturais está intimamente relacionada a esse processo de semiformação construído hoje pela indústria cultural. O valor de culto, o *aqui-agora*, que as obras de artes e a cultura possuíam se perderam, dando lugar ao valor de exposição que o desejo de consumo e de valorização da aparência traz ao homem contemporâneo.

Fazer as coisas *ficarem mais próximas* é uma preocupação tão apaixonada das massas modernas como sua tendência a superar o caráter único de todos os fatos através da sua reproduzibilidade. Cada dia fica mais irresistível a necessidade de possuir o objeto, de tão perto quanto possível, na imagem, ou antes, na sua cópia, na sua reprodução. Cada dia fica mais nítido a diferença entre a reprodução, como ela nos é oferecida pelas revistas ilustradas e pelas

atualidades cinematográficas, e a imagem. Nesta, a unidade e a durabilidade se associam tão intimamente como, na reprodução, a transitoriedade e a repetibilidade (...). (BENJAMIN, 1994, p. 170; grifado no original)

Nesse sentido, a industrialização da obra de arte trabalha a favor da perda da autenticidade dos bens culturais, ignorando os momentos únicos de criação e diferenciação, extinguindo os momentos de sensibilização do homem. A arte, que antes fazia com que o indivíduo dialogasse consigo mesmo, incomodava-o tanto em relação ao seu caráter ou aos seus sentimentos, quanto à forma de olhar para o meio em que se inseria e, principalmente, o que lhe fazia buscar incessantemente por evolução corporal, cultural e espiritual, hoje se converte em mera necessidade de exposição e aparência, de consumo padronizado e massivo com a esperança de que aquilo proporcione ao indivíduo um espaço de aparente transgressão do estado de dominado para dominador.

As imagens que se desligaram de cada aspecto da vida fundem-se num curso comum, onde a unidade desta vida já não pode ser restabelecida. A realidade considerada parcialmente desdobra-se na sua própria unidade geral enquanto pseudomundo à parte, objeto de exclusiva contemplação. A especialização das imagens do mundo encontra-se realizada no mundo da imagem autonomizada, onde o mentiroso mentiu a si próprio. O espetáculo em geral, como inversão concreta da vida, é o movimento autônomo do não vivo. (DEBORD, 2005, p. 8)

Embora a reprodutibilidade técnica tenha papel fundamental no quadro da semiformação na sociedade contemporânea, ainda podemos pensar espaços de contradição criados por ela. Nesses espaços, deve ser vislumbrada a possibilidade de momentos para a diferenciação e a autonomia no processo de criação. Apesar de todo o controle e da padronização pela ideologia de mercado a que estamos sujeitos, a reprodutibilidade ainda pode proporcionar uma maior democratização de espaços de criação e de reprodução de criações contra hegemônicas.

Ainda que se acuse a destruição de elementos como a singularidade, a temporalidade e o espaço da obra de arte, há a possibilidade

de renovação e contestação dos padrões que o mercado impõe. A destruição da *aura* não é o fim. O desenvolvimento de tecnologias como a da internet traz, a cada dia, mais possibilidades de interação entre o espectador e o conhecimento, trabalhando numa dialética de controle e autonomia ao massificar as informações que a ideologia dominante e os cursos do mercado estabelecem e, ao mesmo tempo, possibilitar a projeção do espectador como participante da difusão de informações, produtos e conhecimento próprios, garantindo um local de lutas entre dominados e dominadores, legitimando um espaço de contradição e reconhecimento nos âmbitos social, político, cultural e educacional.

Nessa direção, sendo a educação um campo de disputa hegemônico, sua construção enquanto elemento social e intermediador das relações sociais se dá cada vez mais a serviço do capital, e, conseqüentemente, subordinando-se progressivamente à padronização e à alienação da indústria cultural, constituindo um dos maiores espaços de semiformação da sociedade contemporânea. Os conteúdos tratados na escola se articulam de forma com que sejam ratificadas e difundidas amplamente as concepções da classe dominante para todas as esferas da vida social, estabelecendo parâmetros de uma educação para a competitividade, abstrata e polivalente. Há a necessidade de se formar técnica, social e ideologicamente indivíduos para o trabalho, de modo que a função social da educação seja direcionada a preencher as demandas do sistema.

Trata-se de conformar um cidadão mínimo, que pensa minimamente e que reaja minimamente. Trata-se de uma formação numa ótica individualista, fragmentária – sequer habilita o cidadão e lhe dê direito a um emprego, a uma profissão, tornando-o apenas um mero *empregável* disponível no mercado de trabalho sob os desígnios do capital em sua nova configuração. (FRIGOTTO, 2001, p. 80; grifado no original)

A formação escolar burguesa tem, então, caráter unilateral, prezando apenas um plano do desenvolvimento dos homens, o intelectual ou o manual, sendo esse desenvolvimento submetido aos processos de mudança e necessidades do sistema capitalista. É necessário ressaltar que, em-

bora haja o desenvolvimento do plano intelectual, isso não significa dizer que de alguma forma o projeto burguês de educação preze a autonomia. Segundo Bruno Pucci, “na verdade a semiformação, ao invés de instigar as pessoas a desenvolverem plenamente suas potencialidades e assim colaborar efetivamente na transformação social, propicia um verniz formativo que não dá condições de ir além da superfície” (1997, p. 97).

Cada vez mais o que se tem é a padronização do conhecimento, a valorização do saber livresco e decorado, induzindo o aluno à mera reprodução daquilo que lhe é ensinado. Disciplinas que teriam um cunho artístico como Artes Plásticas, Teatro, Música e Audiovisual são vistas como secundárias no processo de formação escolar, sendo até mesmo marginalizadas. Em uma perspectiva de educação que se propõe a ratificar a formação unilateral que o sistema capitalista impõe, percebe-se que disciplinas que indiquem uma formação baseada na capacidade criativa e cognitiva e que, por meio da percepção estética, potencializem o olhar e a reflexão crítica dos alunos são reduzidas a meros apêndices pedagógicos.

A palavra arte, assim como as disciplinas escolares ligadas a ela, ficou marcada por uma conotação negativa, relativa a algo sem valor ou propriamente a ações negativas. Essa depreciação que sofre o campo das artes quanto a sua capacidade de formação cultural é apropriada pelo capitalismo de forma com que as esferas artística e cultural só tenham crédito quando relacionadas ao entretenimento, reduzidas a meros produtos artísticos e culturais padronizados que a indústria cultural reproduz. O cinema, o teatro, as exposições, tudo se transforma em apropriação mercadológica do capital, sendo as relações sociais, as subjetividades e as potencialidades formativas que as artes propõem aos sujeitos transformadas em relações econômicas.

(...) o caráter fundamental das relações sociais de produção não confere às mesmas a definição única e isolada das demais determinações. As relações econômicas são, antes de tudo, relações sociais e, enquanto tais, engendram todas as demais. O ser humano que atua na reprodução de sua vida material o faz enquanto uma totalidade psicofísica, cultural, política, ideológica etc. (FRIGOTTO, 2003, p. 31)



Diante do avanço das formas de apropriação capitalista e da indústria cultural, tem-se a necessidade de se buscar espaços que possibilitem ações contra hegemônica no que se refere à educação unilateral. É necessário buscar saídas para uma formação com perspectiva *omnilateral*,³ que vise à autonomia e à emancipação no processo formativo dos alunos, não se esquecendo da necessária inserção de todos no sistema capitalista, tornando-os adaptáveis, mas também questionadores daquilo que lhes é imposto. Uma educação que não se restrinja ao espaço escolar, mas que avance às diferentes esferas da vida social, potencializando experiências que proporcionem momentos de amadurecimento, sensibilização, diferenciação e emancipação humana.

É preciso que o pensamento crítico considere o mundo visível, das aparências, os próprios simulacros da sociedade do espetáculo. Mas não para neles se deter, aceitando sua lógica de produção e reprodução, como algo inevitável ou pior, criador de liberdade. Uma vez mais, é preciso criticar a passagem, de todo idealista, que transforma a necessidade em virtude, as carências e restrições em mundo plural e aberto. Mas é para trabalhar uma elaboração de outro tipo, uma imaginação crítica e construtiva, capaz de relacionar esse mundo dos simulacros de massa, da própria sociedade do espetáculo, e os níveis mais elaborados de percepção e conhecimento de nossa época. Outro tipo de imaginação, pode mesmo ser, que aponte para alguma coisa diferente do que existe e se vai reproduzindo. Não como imagens que matam a própria imaginação, à custa de uma exaustiva e monótona repetição, para lembrar aqui Gaston Bachelard. Que fazer? Talvez começando por duas frases, simples e diretas: *Sim, eu me lembro. Não, eu não me esqueci.* (BUENO, 2003, p. 36; grifado no original)

Então, quais os lugares e ferramentas que uma educação audiovisual pode propor para uma formação crítica e criativa? Que espaços podem fomentar uma discussão que não se separe da atuação prática no campo do audiovisual e que vá contra a educação pelas “miragens ligadas à sociedade do espetáculo” (BUENO, 2003, p. 33) e instituídas pela indústria cultural e pela semiformação na sociedade contemporânea? Dentre al-

³Para Sousa Junior, “o homem omnilateral não se define pelo que sabe, domina, gosta, conhece, muito menos pelo que possui, mas pela sua ampla abertura e disponibilidade para saber, dominar, gostar, conhecer coisas, pessoas, enfim, realidades – as mais diversas” (2008, p. 286).

guns desses espaços, é possível apontar os cineclubes, que, historicamente, foram constituídos como espaços de resistência, militância e educação, aliando a produção de conhecimento coletivo e formação crítica em seus debates à politização e à contestação da ordem social em que se inseriam.

CINECLUBE E FORMAÇÃO AUDIOVISUAL CRÍTICA

Cineclubismo é, antes de tudo, movimento: movimento de gente, de ideias, de imagens e sonhos, de iniciativas e esforços em favor da atividade cinematográfica.

Cineclube Utopia, 2003

A palavra cineclube pode designar diferentes sentidos na sociedade contemporânea que não necessariamente se relacionam com o real contexto histórico-político-social de sua criação. Com uma justaposição da palavra cine (abreviação de cinema) e a palavra clube, que, hoje, pode trazer a sensação ou o entendimento de uma participação limitada, fechada e até mesmo elitista, constrói-se uma das concepções de cineclube, que seria uma sessão de filmes não comerciais, voltados para um público limitado e capaz de discutir o conteúdo de obras cinematográficas.

No entanto, em seu momento de construção, os cineclubes designavam exatamente a democracia participativa a partir do sentido da participação associativa que a palavra clube conotava, remontando os clubes operários ou de imigrantes que surgiram no século passado. Essa confusão quanto ao conceito de cineclube ou cineclubismo constrói certa tensão quanto à definição do papel e do objetivo do cineclube no espaço histórico-político-social na passagem das décadas.

O cineclube se constitui de algo que nasceu de uma necessidade histórica e se consolidou de diferentes formas e com diferentes objetivos, vinculando-se às diferentes conjunturas nacionais, culturais, educacionais e políticas, nitidamente relacionados a necessidades que o cinema comercial não atendia. Pela *Enciclopédia do Cinema Brasileiro*, o cineclube:

Define-se por algumas características básicas que são mantidas internacionalmente, como o fato de estar legalmente constituído, possuir caráter associativo e conter, nos seus estatutos, como finalidade principal, a divulgação, a pesquisa e o debate do cinema como um todo. (RAMOS; MIRANDA, 1997, p. 128)

Os cineclubes nascem também como um amadurecimento do cinema. Um amadurecimento relativo aos questionamentos da forma mercadológica em que se tornou o cinema a partir da década de 1920 e que gerou a insatisfação do espectador, que passou a buscar e a criar espaços alternativos aos produtos cinematográficos difundidos. Os cineclubes significaram, em seu início, uma ação contra a alienação e a dominação econômica e estética que a hegemonia cinematográfica construía, significaram o preenchimento de um espaço vazio de discussões, reflexões e ações disfarçado pela dominação em forma de mero entretenimento.

Não se trata de dizer, no entanto, que não se devam existir espaços para o entretenimento e que todo filme deva ter um cunho filosófico e a intenção de politizar seus espectadores, mas sim que os cinemas passaram a exhibir filmes cuja linguagem, forma e conteúdo fossem padronizados, sendo as escolhas apenas disfarces de um mesmo modelo. Nesse sentido, nos cinemas propriamente ditos, os espaços para produções alternativas e que não estivessem nos padrões do mercado, foram extremamente limitados ou, até mesmo, extintos.

(...) a busca do lucro restringe o alcance de qualquer atividade, quando não lhe sacrifica, em maior ou menor grau, a qualidade. Basicamente os empreendimentos comerciais orientam sua ação pela realização do lucro, eliminando qualquer aspecto que dificulte, postergue ou mesmo reduza este objetivo. A tendência predominante na atividade comercial é a repetição, das experiências consagradas, lucrativas e a manutenção do *status quo*. Além disso, apropriação do lucro por uma pessoa ou grupo de pessoas é a base mais fundamental da nossa sociedade de classes. No cineclube, ainda que ele produza *superávits* financeiros com as suas atividades, esses resultados têm (até por lei) que ser reinvestidos na própria atividade: são, portanto, apropriados por todos. Nesse sentido, o cineclube não é uma instituição capitalista. (MACEDO, 2011b; grifado no original)

Sendo os cineclubes destituídos de um fim lucrativo, possuindo uma estrutura democrática no que diz respeito à escolha dos filmes e um compromisso com o dinamismo das expressões culturais, eles se diferenciam do cinema e constroem um sentido próprio com potencial para a contestação dos produtos cinematográficos, além de colaborar para a maior inte-

ração e reflexão do seu público com a imagem em movimento. É necessário ressaltar, no entanto, que o fato de os cineclubes não serem instituições capitalistas não os torna anticapitalistas, sendo o capital algo necessário para o desenvolvimento do projeto cineclubista, mesmo que não visando ao lucro.

Faça-se o público. O objeto da atividade do cineclubista é fundamentalmente a relação do público com o cinema, a transformação dessa relação. O cineclubista visa superar a relação de alienação, de dominação, imposta pelo cinema comercial – e outras mídias – ao público. (...) O cineclubismo é, fundamentalmente, expressão de uma insatisfação. Uma insatisfação com o cinema. Em parte da própria gente do cinema, principalmente do público. (MACEDO, 2011a; grifado no original)

Nesse sentido, o cineclubista trabalha exatamente contra o aspecto mais fundamental da indústria cultural: luta pela quebra da padronização da linguagem, da estética e do conteúdo oferecidos aos espectadores. Luta contra o adiestramento do olhar e do pensar, estimulando à reflexão crítica e à ação. A partir das experiências mercadológicas consagradas, o cineclubismo cria um espaço alternativo para debates sobre o que a estética e a narração cinematográficas hegemônicas impõem, fomentando um espaço de construção e difusão de conhecimento, além de uma politização de seus participantes a partir de algo interior, a partir da memória e da experiência destes.

Era importante o que acontecia depois do filme, porque primeiro era um fórum democrático de debate. Nós tiramos muita gente do ostracismo, porque as pessoas, mesmo jovens, mesmo desacostumados, elas começaram a dizer o que pensavam, davam palpites, sondavam algumas possibilidades, começaram a destravar a fala. (MARISA apud CLAIR, 2008, p. 20)

Mais especificamente no Brasil, os cineclubes tiveram uma importância na transgressão do autoritarismo e do cercamento sofrido pelas esferas da educação e da cultura no período da ditadura militar. Prezando por uma política educacional que fosse coerente com a ideologia dominante, expressa na doutrina de segurança e desenvolvimento nacional, as

experiências educativas, no período militar, foram destituídas dos momentos de diferenciação e autonomia, compondo um quadro de *adestramento* em oposição à formação para a emancipação. Os momentos de criatividade e de inovação foram substituídos pelo cientificismo universalista e o discurso do progresso nacionalista como forma de contenção e perseguição de correntes que questionassem o regime vigente.

O movimento cineclubista no Brasil, dentre outros movimentos sociais, resgatou saídas para a aquisição, produção e divulgação de conhecimentos em seus espaços de debate, contornando um sistema que controlava e censurava o conhecimento difundido nas escolas e universidades. Em contraposição à política de educação da ditadura, os cineclubes representaram momentos de trocas de experiências nos diálogos entre os diferentes sujeitos que o constituíam, configurando experiências formadoras num movimento dialético entre o fazer e o pensar para os envolvidos em seu processo.

Então, tinha que consultar uma bibliografia para conhecer melhor a obra do diretor, rodar o mimeógrafo com uma crítica... Íamos ao Museu de Arte Moderna (MAM) buscar material, que também tinha uma cinemateca. (...) Então, o cineclubismo não ajudou somente aqueles que eram as lideranças, mas também aqueles espectadores daquele bairro, daquela escola, colegas nossos, gente que chegava de todos os lados, até de outros bairros mais populares, que vinham em torno de uma atividade... E a gente fazia também propaganda para que isso acontecesse e todo mundo participava da discussão. (MARISA apud CLAIR, 2008, p. 21)

Dessa forma, sendo os cineclubes um espaço de pesquisa e debate, sua relação pedagógica se dá pela construção de um espaço em que as experiências e conhecimentos tecem momentos de fortalecimento intelectual e formação coletiva, constituindo um movimento de experiências instituintes que:

(...) surgem em diferentes tempos e espaços, engendrados por sujeitos históricos, envolvidos em ações coletivas, capazes de trazer mudanças significativas/éticas no processo político, social e cultural que estão vivendo. Alterações comprometidas com um processo político que permita a estes sujeitos religarem os saberes produzidos socialmente, na perspectiva de uma sociedade mais justa e igualitária. (CLAIR, 2008, p. 20)

Um dos pontos cruciais para a história do cineclubismo brasileiro se encontra em 1968 com a censura pela ditadura militar das atividades cineclubistas logo após a VII Jornada Nacional de Cineclubes, realizada em Brasília.

Calcula-se que existissem cerca de 300 cineclubes em 1968, agrupados em seis federações regionais filiadas ao Conselho Nacional de Cineclubes. Em 1969 haveria no máximo uma dúzia de cineclubes em funcionamento e quase todas as suas entidades representativas haviam sido destruídas. Apenas o Centro de Cineclubes de São Paulo sobrevive praticamente inativo, em torno do idealismo de Carlos Vieira. (CINECLUBE UTOPIA, 2011)

Depois de passar pelo estimulante período do Cinema Novo, que construiu um vínculo entre o período de grande falência das companhias cinematográficas brasileiras e a vontade e necessidade do espectador de lutar por um cinema com mais realidade, mais conteúdo e menor custo, o cinema brasileiro tem na ditadura sua contenção. A renovação temática, que buscava denunciar a realidade nacional por meio da dialética entre a experiência e a pobreza brasileiras, além de se fundamentar numa renovação estética, que buscava criar uma linguagem própria do cinema brasileiro, quebrando com padrões internacionais e de mercado, foi reprimida pelo controle da ditadura.

Se o grande mérito do Cinema Novo foi ter buscado encontrar um “sistema adequado à (nossa) realidade: o sistema de produção independente” (VIANY, 1999, p. 98), ele se relaciona ao movimento cineclubista que, assim como tal vertente do cinema, foi censurado e marginalizado pela ditadura, tendo que viver na ilegalidade. E, embora houvesse a perseguição militar, os cineclubes não deixaram de trabalhar a favor da produção e difusão de conhecimento e pela manutenção de um cinema, mesmo que marginal, que politizasse seu público e contestasse o sistema.

A discussão [no cineclubes] era comparecida e formou muita gente. Essa discussão não formou só lideranças universitárias, de mentalidade mais avançada por conta do estudo, formou gente também que não tinha tanto estudo, mas que estava interessado em cinema e que discutia a realidade brasileira, a realidade política, a realidade internacional: ditadura, repressão, democracia. Nós tivemos

uma oportunidade de politização muito grande, através da atividade de cineclubes. (MARISA apud CLAIR, 2008, p. 21)

Com a chegada da década de 1980, embora os cineclubes saíssem da clandestinidade, não atingem um grande espaço e um grande público, pois, além de o mercado brasileiro ser tomado pela invasão norte-americana nos cinemas, cada vez mais a televisão torna os espectadores presos aos novos modelos midiáticos. Somando isso a uma cisão dentro do próprio movimento cineclubista, a partir dessa década, há, então, uma desarticulação entre os cineclubes, o que causou um enfraquecimento no movimento e uma gradual adaptação de certas salas aos produtos cinematográficos que eram difundidos, deixando para trás o caráter cineclubista. Chega a década de 1990 e a crise dos cineclubes parece se acentuar cada vez mais. A luta contra a padronização do mercado cinematográfico fica cada vez mais difícil.

Com as políticas de incentivo à cultura e, especificamente, às atividades voltadas às produções cinematográficas dos anos 2000, há um levante da atividade cinematográfica brasileira, que passa a compor com mais força as salas dos cinemas nacionais, apesar da hegemonia norte – americana. Esse levante da atividade cinematográfica se expandiu aos cineclubes por meio dos editais de financiamento de atividades que estimulassem a preservação, a renovação e a difusão da cultura brasileira no espaço nacional.

Pode-se perceber que, atualmente, no Brasil, há um estímulo aos festivais de cinema e aos prêmios por filmes independentes de curta e longa metragem, abrindo espaços para o financiamento para novas produções desses premiados. No entanto, mesmo com a existência desses festivais, as salas brasileiras ainda são compostas por uma elite do cinema brasileiro, ou melhor, ainda são compostas por filmes que possuam um grande potencial mercadológico.

As pequenas produções ou produções independentes ficam destinadas, então, a raras exposições em festivais sem nenhuma expectativa de maior difusão. Dessa forma, a gradual retomada do movimento cineclubista brasileiro hoje pode ser vista como uma alternativa tanto para a exibição desses filmes deixados à margem dos grandes circuitos, quanto para o

próprio espectador, que tem possibilidade de sair da *zona de conforto* instituída pela poltrona dos cinemas de *shoppings* e sua linguagem hegemônica para ocupar um espaço de ação e reação na discussão cineclubista.

Na *sociedade do espetáculo* definida por Guy Debord (1997), o cinema e a televisão tornam-se os maiores responsáveis pelo acesso à esfera do espetáculo. Entende-se este cinema não generalizado em todas as produções, e sim um cinema com linguagem hegemônica e padronizada, que situa o espectador em uma *zona de conforto*, feita mais de sensações do que de razão. Então, como ver cinema no mundo contemporâneo, no qual *nem tudo o que se vê é o que parece ser?* (ALBUQUERQUE; FERREIRA, 2010, p. 265-266; grifado no original)

Percebe-se, hoje, que a busca dos espectadores brasileiros não é apenas por filmes produzidos no modelo hegemônico de espetáculo, mas também pela reprodução e difusão de filmes alternativos a esse modelo, que não teriam espaço no grande circuito cinematográfico. Se antes o cineclubista era um espaço de contestação do sistema vigente, de politização de seus espectadores, de difusão e produção de conhecimento a partir do cinema e de questões sociais, hoje, ele se reconfigura, agregando mais uma luta social, tornando-se um aparato de fuga aos novos produtores e um espaço para a reprodução do que a cota destinada ao nacional e contra hegemônico não abarcou.

Os cineclubes estão de novo na moda. Em fevereiro de 2008 existem 127 deles filiados ao Conselho Nacional de Cineclubes, mas este número não dá conta da real extensão da atividade que tem se expandido de forma vertiginosa, graças às tecnologias de exibição e graças à incessante demanda por filmes que fujam ao modelo hollywoodiano de espetáculo. (CLAIR, 2008, p. 5)

Os cineclubes continuam a produzir conhecimento, continuam fugindo do que o mercado cinematográfico impõe, porém suas questões mudaram, e sua função frente à reprodutibilidade técnica e à indústria cultural mudou, agregando outras causas. O cineclubista, hoje, representa também um mercado paralelo ao circuito cinematográfico. Ele representa uma saída aos produtores cujos filmes não atingem as grandes do cinema, não deixando de “trabalhar energeticamente para fazer uma educação para

a contradição e para a resistência” (PUCCI, 1997, p. 98) e sendo “uma política cultural socialmente reflexiva” (ibid.) quando os vemos pelo lado do debate e consequente produção de conhecimento.

A construção e a exibição de produções independentes conferem ao cineclube um caráter perpetuador da memória e construtor de experiências. À medida que o cineclube mantém a vida de produções que não seriam exibidas nas salas dos cinemas nacionais, ele contribui também para manter o espírito artístico e o estreitamento das relações sociais, além da exposição e valorização das subjetividades dos envolvidos na produção cineclubista, contornando o caráter padronizador da indústria cultural. Os cineclubes trabalham contra a aparelhagem econômica e social que suprime a liberdade e a identidade do indivíduo, criando a oportunidade para a individuação dos sujeitos envolvidos nesse processo, maturizando seus olhares e suas reflexões e permitindo momentos de formação para a contradição.

Ainda sobre o conceito de aura, é possível fazer alguns questionamentos e considerações: não seria cada momento da reprodução de filmes que estão à margem do grande circuito cinematográfico um momento de singularidade, sendo o posterior debate a etapa de demonstração da sensibilização, da criatividade e da diferenciação com a possibilidade de individuação do público? O cineclube, em sua dimensão física, não conferiria ao filme, mesmo que por instantes, um ar ritualístico, um momento em que nada mais importa a não ser aquilo que é projetado? Não seria a caixa cinematográfica do cineclube um espaço para um momento de contemplação da aura com posterior possibilidade de engajamento da arte à experiência com o real?

Há, no entanto, alguns cineclubes que se adaptaram a um mercado já existente, construindo todo um espaço estilizado e elitizado, corroborando a ideia de que o cineclube necessita de um espaço estético refinado e que se destine a um público burguês intelectualmente mais preparado para os filmes alternativos ao qual esse modelo de exibição se destinava. No entanto, essa síndrome do *cult* moderno trouxe, com essa vertente do movimento cineclubista, a ideia de que a formação é exterior ao espaço do cineclube, sendo tal espaço destinado a um *ringue* de discussões entre a burguesia intelectual.



Figura 2 – Lavender Disaster (Desastre Violeta).⁴
Fonte: BRUCE MCGAW GRAPHIC CANADA, 1963.

No entanto, existem cineclubes que ainda representam a possibilidade de formação pela experiência de seu público e que, hoje, colaboram para a manutenção da atividade do cinema livre, do cinema que tem por fim não ele mesmo, mas um público que, mesmo que mínimo, identifique-se e consiga ver que aquele cinema é mais do que mero entretenimento, mesmo sendo, também, isso. Um cinema que faça parte das suas vidas como politizador e como ferramenta de contestação, e não que contribua à ditadura do que serão suas vidas.

Os cineclubes que hoje representam a resistência contra o modelo cinematográfico industrial representam também um movimento de contes-

⁴ No quadro de Andy Warhol, 15 cadeiras elétricas são postas em degradê violeta em um modelo 3x5 cm. É possível relacionar a cadeira elétrica à poltrona do espectador do cinema contemporâneo, que se vê cada dia mais limitado por uma padronização da linguagem cinematográfica como mais uma forma de naturalizar seu olhar sobre determinados conteúdos, estéticas e formas de se pensar a arte hoje, paralisando o espírito e o olhar crítico.

tação social por meio da ação, da reflexão e da estética e indicam ainda para uma formação e politização de seu público por meio da experiência e da produção e reprodução de um cinema paralelo e realmente alternativo ao que está posto pela indústria cultural. Pode-se dizer, então, que, ao construírem espaços de contradição com as tecnologias de reprodução e pela constituição de um mercado paralelo, representam o movimento cineclubista que criou asas e, hoje, alça voos gradativamente mais altos, apesar das barreiras mercadológicas, mas sem se esquecer de suas raízes, sem se esquecer dos objetivos e das características fundamentais que sempre o constituíram.

CINECLUBISMO E EXPERIÊNCIAS

A teoria é necessária e nos ajuda muito, mas por si só não fornece os critérios suficientes para nós estarmos seguros de agir com acerto. Nenhuma teoria pode ser tão boa a ponto de nos evitar erros. A gente depende, em última análise, da prática – especialmente da prática social – para verificar o maior ou menor acerto do nosso trabalho com os conceitos.

Konder, 1994

Para essa pesquisa de campo, foi escolhido como fonte o Instituto Cultural Cinema Brasil (ICCB), situado no Rio de Janeiro, no bairro de Bonsucesso, tendo como entrevistados a diretora do instituto, Nancy Magalhães, e o coordenador pedagógico do Colégio Estadual Gomes Freire de Andrade, o professor Pedro Henrique. Além disso, o aluno do segundo ano da disciplina de Audiovisual do curso técnico de Análises Clínicas integrado ao ensino médio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Rafael Ferreira de Moraes, frequentador do cineclube Cine Donana, em Belford Roxo, também foi entrevistado como forma de cruzar experiências em diferentes cineclubes e de diferentes pontos de vista.

A escolha do ICCB como fonte de pesquisa se deu devido à sua articulação entre as atividades cineclubistas e o processo educacional do

Colégio Estadual Gomes Freire de Andrade. Essa ligação pedagógica entre a escola e o cineclube remete ao potencial formativo do movimento cineclubista com seus participantes, tendo a análise partido, então, do pressuposto de que há uma ideia de valorização da experiência dos alunos a partir da discussão que os filmes fomentariam.

Os filmes servem como ponto de partida para uma discussão posterior. Tem um assunto qualquer que a gente desenvolve depois com várias perguntas, que se relacionam com o que vai surgindo dos próprios alunos. Na verdade, o aluno é que dá direção ao que a gente discute ali. Então, esse tipo de debate faz com que ele se interesse, pois são questões que partem dele. Eu só dou um chute inicial, mas depois eu vou deixando as coisas acontecerem. (Informação verbal)⁵

Os debates de filmes como *A negação do Brasil* permitiram entender e discutir questões como a dos estereótipos e da apresentação prévia de substitutivos (ADORNO, 2010, p. 81), indo ao encontro do que a coordenadora do ICCB, Nancy Magalhães respondeu quando questionada sobre o papel do cineclube na formação de seu público:

A participação dos alunos na exibição dos filmes, no acesso à cinematografia brasileira principalmente, que é o que a gente trabalha aqui, tem vários fatores positivos. Um dos fatores é que trabalhamos filmes com uma temática com conteúdo que dá margem a uma reflexão crítica da vida deles e da realidade que eles vivem. Além disso, contribuímos com a questão de valorizar a cultura: ele [o aluno] se percebe na cultura dele. Muitas vezes, eu vejo as crianças frequentadoras do cinema aqui perguntando se vai passar *Homem-Aranha*, *Batman*. Não conhecem a nossa cultura, muitos desconhecem o que faz parte da formação da cultura brasileira. Então, este trabalho de cineclube vem contribuir com isto, com este sentimento de pertencer, de fazer parte daquela cultura e não de só valorizar a

⁵ Entrevista realizada com o professor da Escola Estadual Gomes Freire de Andrade, no dia 3 de dezembro de 2010.

cultura americana. Conhecer as obras audiovisuais e a cultura, e a partir do que foi assistido, direcionar para uma reflexão, levar a um questionamento. (...) A partir do que o aluno refletir sobre determinado assunto, ele é instigado a procurar saber mais sobre aquilo, vai pesquisar e, assim, vai adquirir conhecimento. (Informação verbal; grifo nosso)⁶

O ICCB trabalha apenas com filmes brasileiros como forma de instituir em seu público um reconhecimento de si mesmo dentro da cultura nacional. Em detrimento do cinema de *shopping*, o cineclube tem uma função de restituir e construir a experiência com a cultura nacional a partir do debate de filmes e a partir da participação popular em suas atividades. O ICCB e o Cine Donana apostam na apresentação de filmes que amenizem a influência do cinema hegemônico.

O cineclube opta por exibir filmes nacionais, que na maioria das vezes não são exibidos no cinema, para difundir cada vez mais a produção nacional. Por muitas vezes os filmes exibidos no cineclube não serem muito divulgados como os dos cinemas de *shopping*, o público atingido é muito menor, não interessando tanto quanto uma sessão de filme em um *shopping*. (Informação verbal)⁷

A televisão é um dos aparelhos midiáticos que mais fortalece essa alienação e a exibição em menor escala das produções cinematográficas nacionais, exceto por filmes em que o fetichismo da técnica somado às representações estereotipadas se fazem presentes. Nesse sentido, a televisão também colabora para a valorização da cultura estrangeira em detrimento da nacional e um não reconhecimento do público dentro de sua cultura. Nos cineclubes, no entanto, vislumbra-se a possibilidade de reproduzir filmes que não teriam espaço nos grandes circuitos cinematográficos, além da discussão de cunho cultural, político e social, o que representa uma possibilidade para a manutenção da cultura nacional e uma ferramenta que mostre o pertencimento do público àquela cultura.

⁶ Entrevista realizada com a coordenadora do ICCB, no dia 4 de dezembro de 2010.

⁷ Entrevista realizada com o aluno do 2º ano de Laboratório da EPSJV, no dia 2 de dezembro de 2010.

Todo cinema tem uma cota de tela que é obrigado a passar. Mas, se a população não adere à cinematografia brasileira, não vai assistir. Assistem ao quê? *Tropa de Elite*, que é um filme global, que está na mídia. É um filme que traz a questão da violência. É um tema que a população gosta. É um filme bem produzido, bem divulgado, tem participação estrangeira no filme. Os filmes que são produzidos fora deste contexto de superprodução, de diversão, não têm chance, pois seus atrativos se reduzem à discussão. (...) O *Tropa de Elite*, se parar para pensar, o que ele traz de reflexão? “A violência no Rio de Janeiro tá grandel” Ele não traz nenhuma proposta de reflexão sobre isso. Ele traz a questão que todo mundo sabe. Quem mora em comunidade sabe disso. São filmes vazios; não têm conteúdo. Só vai para ver mesmo para se divertir. (Informação verbal)⁸

Como o ICCB, o Cine Donana também trabalha apenas com filmes nacionais, sofrendo com a evasão do público, que, em parte, ainda vê o cineclubes como algo marginal ao cinema comercial, luxuoso e glamuroso. Talvez pela infraestrutura tecnológica e pelas acomodações normalmente precárias, resistência ao cineclubismo seja explicada. No entanto, não seria esse espaço peculiar do cineclubes necessário para o momento ritualístico, para compor a singularidade e os elementos que tornam o cineclubes um espaço diferenciado do espetáculo cinematográfico das grandes salas de *shopping*?

Como um espaço de exibição e também produção, o cineclubes propicia ainda o aqui-agora da obra cinematográfica, pois a possibilidade de realizar o filme que não tem fins mercadológicos, mas sim um cunho de difusão socializada contra hegemônica, resgata os elementos de singularidade e autenticidade em sua realização. A produção cinematográfica paralela dos cineclubes se constitui de um mecanismo de resgate de memória, de perpetuação da realização histórico-social do filme, não se comprometendo a fins capitalistas de reprodutibilidade, mas sim indo justamente contra a reprodução padronizada e a exibição inconsciente que esquece o filme como algo significante e transforma seu significado linguístico em insignificante, avaliando como importante apenas sua capacidade gerar lucro.

⁸ Entrevista realizada com a coordenadora do ICCB, no dia 4 de dezembro de 2010.

O cineclube ajuda no surgimento e produção de filmes pelas pessoas, dando espaço pra exibição de curtas e produções feitas por qualquer pessoa, assim incentivando cada vez mais o surgimento de novas produções, difundindo cada vez mais e abrindo as portas para novos cineastas, que tem um espaço muito menor competindo com as grandes produções (informação verbal).⁹

Analogamente à função do historiador, descrita por Carlos Drummond de Andrade (apud CLIO, 2007), pode-se entender que, ao se inserir na sociedade com suas discussões, o cineclube:

Veio para ressuscitar o tempo
e escaldar os mortos,
as condecorações, as liturgias, as espadas,
o espectro das fazendas submergidas,
o muro de pedra entre membros da família,
o ardido queixume das solteironas,
os negócios de trapaça, as ilusões jamais confirmadas
nem desfeitas.
Veio para contar
o que não faz jus a ser glorificado
e se deposita, grânulo,
no poço vazio da memória.
É importuno,
sabe-se importuno e insiste,
rancoroso, fiel.

Os cineclubes, como atores sociais, vêm com seu oportunismo e rancor transformar as relações entre o espectador e o filme. Eles se pretendem a uma experiência de desnaturalização do olhar do público sobre o padrão hegemônico de linguagem instituído por grande parte das narrativas dos circuitos cinematográficos, além de permitirem ao espectador a possibilidade de saltar da passividade semiformadora ao realizarem oficinas em que sejam disponibilizados espaços e ferramentas para a produção cinematográfica no próprio cineclube.

Todo tipo de mídia têm um potencial para a formação. Eu acho que elas poderiam ser mais bem exploradas. Não é fazer filme chato.

⁹ Entrevista realizada com o aluno do 2º ano de Laboratório da EPSJV, no dia 2 de dezembro de 2010.

Você pode fazer filmes que sejam educativos, mas que não sejam chatos. Um filme em que a mensagem está inserida naquele contexto que você está vendo ali e que você possa compreender sem precisar ficar fazendo uma prova no dia seguinte. Fazer uma coisa mais livre (informação verbal).¹⁰

O espectador, ao ter a oportunidade de construir um filme, produzir algo que o coloque como elemento do que está sendo assistido, transforma-se também, pois se coloca como construtor de sua formação. Os filmes têm seu sentido modificado para o público quando este deixa seu lugar de apenas receptor passivo e passa a ter um papel ativo sobre a imagem que consome, já que são os espectadores que a constroem também.

Hoje, as mídias de informação manipulam bastante as notícias de todo o mundo e a população acaba por apenas absorver as informações, não criando um senso crítico, diferente do que aconteceu no passado. Os cineclubes agora estão fazendo ressurgir aos poucos essa criticidade nas pessoas, promovendo o debate e levantando pontos de vistas diferentes dos que as pessoas veem normalmente, fazendo cada um criar sua opinião, e não apenas receber de outras pessoas. Isso não apenas pelos cineclubes, a internet também proporciona isso com os *vloggers*, que são pessoas que fazem vídeos de opinião sobre assuntos variados, e espaços de mais fácil acesso para divulgação de vídeos, por exemplo. (Informação verbal; grifo nosso)¹¹

As oficinas de vídeo propostas corroboram uma atividade que indique caminhos que quebrem os padrões do pensamento industrial e estimulem o fazer artístico, sem se esquecer da realidade do sistema em que os espectadores estão inseridos e, até mesmo, apropriando-se dos elementos expropriadores do espírito artístico para recompô-lo e renová-lo criticamente. Os mecanismos audiovisuais que o capital utiliza para alienar o público tornam-se instrumentos de luta dentro de espaços e momentos de contradição criados pelo processo crítico de criação audiovisual.

¹⁰ Entrevista realizada com o professor da Escola Estadual Gomes Freire de Andrade, no dia 3 de dezembro de 2010.

¹¹ Entrevista realizada com o aluno do 2º ano de Laboratório da EPSJV, no dia 2 de dezembro de 2010.

Inclui-se, então, a diferenciação na formação cultural do indivíduo, pois, ao se manter a relação entre espectação e produção, entre a dimensão dialética da produção de memória no presente, constrói-se um processo de formação do ponto de vista daquele que salta da passividade semiformadora e que abandona o espaço da pura adaptação para ocupar um papel em sua própria formação. O espectador com autonomia sobre seu processo de formação do olhar, sendo instigado a desenvolver cada vez mais suas potencialidades e subjetividades críticas, pode, então, sair da zona de conforto instituída pela indústria cultural.

O que é o cérebro humano senão um palimpsesto imenso e natural? Meu cérebro é um palimpsesto e o seu também, leitor. Inúmeras camadas de ideias, de imagens, de sentimentos caem sucessivamente sobre seu cérebro, tão docemente como a luz. Pareceu que cada uma sepultava a precedente. Mas nenhuma, na realidade, pereceu. (BAUDELAIRE, 2001, p. 139)

No entanto, é necessário investigar também as limitações da produção cinematográfica que os cineclubes propiciam. É importante que se entenda que a semiformação está inclusa em qualquer possibilidade de autonomia e que os cineclubes não estão à margem disso. Todo processo de formação tem nele uma fase de adaptação, uma de diferenciação, outra de autonomia e uma de semiformação. É necessário refletir se todo cineclube hoje tem realmente a preocupação com transgressão do espaço de semiformação ou se o fetiche pela tecnologia foi incorporado como forma de alienação disfarçada em entretenimento. A possibilidade de emancipação pelas novas tecnologias é realmente explorada ou simplesmente essas novas tecnologias ratificam a barbárie e a semiformação?

A produção de imagem em movimento e de conhecimento nos cineclubes pela experiência dos espectadores visa à busca pela memória e à luta contra “um processo contínuo, acelerado e fragmentado, onde a impressão forte e factual, a imediatividade o deformam em sua capacidade de pensar, entender e sentir” (BENJAMIN apud PUCCI, p. 111). Os cineclubes permitem ao seu público refletir, pensar sobre todo o conhecimento inapto pela aceleração da vida e bombardeio fragmentado das imagens

da sociedade contemporânea, possibilitando um resgate, uma aplicação e uma renovação da memória no presente.

Não houve um trabalho posterior em sala de aula. Os trabalhos eram todos feitos ali mesmo, no debate. O objetivo era canalizar para a oficina de produção de vídeo, que seria trazida à escola. Estávamos trabalhando para que as oficinas não ficassem só na parte técnica, mas que também instigassem uma produção de curtas mais reflexivos sobre o nosso trabalho nos debates. (Informação verbal)¹²

Os cineclubes vêm como uma nova forma de abrigar os que fogem da caverna que se instaura na sociedade hoje. Sua estrutura física, entretanto, torna a fuga da caverna dos simulacros algo peculiar, pois se pode pensá-los como uma segunda caverna de imagens. No entanto, imagens que se constituem da experiência de seus espectadores, imagens que representam tempos sociais que determinaram sua constituição por aqueles que tentam fugir da adaptação imposta pelos simulacros do espetáculo capitalista.

REFLEXÕES FINAIS

Em meio à passagem pela teoria crítica e pelas transformações do movimento cineclubista, este trabalho tentou articular as propostas de intelectuais e práticas do cineclubismo às modificações sociais que a indústria cultural, somada à semiformação e à reprodutibilidade técnica, trouxe à sociedade contemporânea. A educação audiovisual crítica tratada aqui se compõe não só da busca teórica e da construção de um sujeito ideal que se guia pelo verdadeiro, pelo belo, mas sim por um sujeito capaz de entender as modificações que os mecanismos de manipulação e padronização técnicos, intelectuais e culturais da sociedade capitalista impõem a ele. Um sujeito capaz de, em meio à submissão ao econômico, explorar saídas para exercer suas subjetividades e para construir seu processo de individuação.

¹² Entrevista realizada com o professor da Escola Estadual Gomes Freire de Andrade, no dia 3 de dezembro de 2010.

Os cineclubes, somados à experiência dos espectadores durante os debates e durante seu processo de produção cinematográfica, constituem exatamente um exemplo de espaço de contradição que representam a dialética de subsunção e autonomia à qual a indústria cultural está intimamente ligada. Sua apropriação das tecnologias cinematográficas voltadas para uma formação para a emancipação constitui uma forma de educação que vai de encontro aos preceitos capitalistas unilaterais de educação, que se volta para um viés completamente mercadológico que separa o manual e o intelectual. Os cineclubes constituem uma luta contra uma concepção “instrumentalista, dualista, fragmentária, imediatista, e interesseira da formação humana” (FRIGOTTO, 2003, p. 49).

Analisando mais a fundo o mercado alternativo, criado pelos cineclubes, aos grandes circuitos cinematográficos, será que não se poderia apontar o emergir de uma força que pressiona a indústria cultural a mudanças? Se os filmes marginais que têm espaço nos cineclubes começarem a criar um público mais amplo, a indústria cultural não remeteria suas produções para esse ramo, já que o seu objetivo é lucro?

Embora os cineclubes sejam uma forma de pressionar o mercado cultural vigente, deve-se atentar para a capacidade de apropriação que a indústria cultural possui. Se, décadas depois de sua constatação, ela se mostrou um mecanismo muito mais voraz e destruidor do espírito do que quando Adorno a descreveu, deve-se imaginar e refletir sobre saídas para o que, já num futuro muito próximo, ela possa se transformar e causar a todos.

A educação audiovisual crítica trabalha nesse sentido: num sentido omnilateral, que preza pela desnaturalização do olhar, do fazer e do sentir, indicando uma renovação do espírito fragmentado pela semiformação e alienado pela indústria cultural. Nos cineclubes, a educação se dá de forma a valorizar as experiências como construtoras de um conhecimento singular e que visa à autonomia e à emancipação do espectador/aluno. A produção cineclubista visa a uma formação que indique para a transgressão da alienação do capital e aponte para a restituição do espírito humano e da individuação humana como forma de uma formação plena e que não se guie apenas pelo mercado.

Em uma dialética de autonomia e semiformação, portanto, a experiência cineclubista ainda possibilita um processo de criação e difusão do saber que transgride o capital e que se apropria dos mecanismos de alienação deste. O audiovisual como processo de formação crítica se pretende, então, à maturação do espírito, à valorização das subjetividades e à produção material dialética aos embates sociais em que os espectadores se encontram, indicando uma formação pela experiência que “se cria, que se prolonga, num processo formativo progressivo e emancipador” (PUCCI, 1997, p. 111).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Theodor W. Televisão e formação. In: _____. *Educação e emancipação*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010. p. 75-94.

_____. Teoria da semicultura. *Educação & Sociedade*, v. 17, n. 56, p. 388-411, dez. 1996. Disponível em: <http://adorno.planetaclix.pt/tadorno.htm>. Acesso em: 1º mar. 2012.

_____; HORKHEIMER, Max. *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____; _____. *Textos escolhidos*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Os Pensadores).

ALBUQUERQUE, Gregorio Galvão; FERREIRA, Zeca. Para além da zona de conforto: o cinema na escola. In: LOBO, Roberta (org.). *Crítica da imagem e educação: reflexões sobre a contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2010. p. 265-272.

BAUDELAIRE, Charles. *Paraísos artificiais*. Porto Alegre: L&PM, 2001.

BENJAMIN, Walter. A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica. In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 165-196.

BRUCE MCGAW GRAPHIC CANADA. *Lavender Disaster*. 1963. Disponível em: <http://www.bmcgaw.ca/browse.php?s=2K11&v=Warhol&recct=349&st=ART+2011+-+Warhol&iperpage=1&offset=178>. Acesso em: 24 out. 2011.

BUENO, André. A educação pela imagem e outras miragens. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-24, mar. 2003.

Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=26>. Acesso em: 25 out. 2011.

CHAUÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2005.

CINECLUBE UTOPIA. *Cronologia do movimento cineclubista brasileiro*. Brasília, [s.d.]. Disponível em: http://cineclubes.utopia.com.br/cronologia/crono_movimento.html. Acesso em: 19 out. 2011.

CLAIR, Rose. *Cineclubismo: memórias dos anos de chumbo*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2008.

CLIO. O historiador. 21 out. 2007. Disponível em: <http://conversascomclio.blogspot.com/2007/10/uma-ode-ao-historiador.html>. Acesso em: 1º dez. 2010.

DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

FONTENELLE, Isleide Arruda. *O nome da marca: McDonald's, fetichismo e cultura descartável*. São Paulo: Boitempo, 2002.

FRIGOTTO, Gaudêncio. *Educação e a crise do capitalismo real*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Educação e trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 71-87, jan.-jun. 2001. Disponível em: http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva_2001_01/04_frigotto.pdf. Acesso em: 1º dez. 2010.

JAMESON, Frederic. *A virada cultural: transformações da imagem na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

KONDER, Leandro. *A questão da ideologia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. *O que é dialética*. 26. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MACEDO, Felipe. Fiat publicus. In: CINECLUBE UTOPIA. Página com informações sobre cinema e cineclubismo. Brasília, [s.d.]a. Disponível em: <http://cineclubes.utopia.com.br/historia/fiat.html>. Acesso em: 17 out. 2011.

MACEDO, Felipe. O que é cineclubes. In: CINECLUBE UTOPIA. Página com informações sobre cinema e cineclubismo. Brasília, [s.d.]b. Disponível em: http://cineclubes.utopia.com.br/clubes/o_que_e.html. Acesso em: 19 out. 2011.

PUCCI, Bruno. A teoria da semicultura e suas contribuições para a teoria crítica da educação. In: ZUIN, Antônio Álvaro Soares (org.). *A educação danificada: contribuições à teoria crítica da educação*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 89-117.

RAMOS, Fernão; MIRANDA, Luiz Felipe (org.). *Enciclopédia do cinema brasileiro*. São Paulo: Senac, 1997.

SOUSA JUNIOR, Justino de. Omnilateralidade. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, p. 284-292, 2009.

VIANY, Alex. *O processo do cinema novo*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 1999.

WHITE. Alegoria da caverna. 4 jan. 2008. Disponível em: <http://anunnya.blogspot.com/2008/01/alegoria-da-caverna.html>. Acesso em: 1º dez. 2010.



O DESAFIO DE PROMOVER A SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER DIANTE DO RÁPIDO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL DO BRASIL: O CASO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PORTADOR DE DOENÇA DE ALZHEIMER NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO¹

Larissa Jatobá²

INTRODUÇÃO

Em 2008, quando ingressei na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), participei de um seminário na disciplina de Histologia no qual apresentei, com um grupo de colegas de turma, um caso clínico extraído de um capítulo do livro *Como morremos: reflexões sobre o último capítulo da vida*, de Sherwin B. Nuland (1995).

O texto relata a vida de um cidadão americano, Phill Whiting, que aparentava estar em perfeitas condições de saúde até começar a esquecer das coisas mais simples e das pessoas mais importantes de sua vida. Sua mulher, intrigada com tais esquecimentos, buscou ajuda e descobriu que ele era portador de uma demência chamada mal de Alzheimer, nome popular dado à doença de Alzheimer.

O autor acompanha a vida de Phill durante a progressão da doença, seguindo todo o seu processo de sofrimento e a angústia de sua fa-

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0036.0.408.000-10.

² Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). Atualmente cursa Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Daniel Groisman (doutorando em Serviço Social), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: lari.jatobá@gmail.com.

mília. Já em uma fase muito avançada, Phill não podia controlar os movimentos de suas pernas, que se moviam, nas palavras do autor, numa marcha rápida, incessante e forçada. Phill faleceu preso a uma cadeira após três anos de convívio com essa doença neurodegenerativa, mas não morreu de morte cerebral. Morreu de insuficiência cardíaca, devido ao esforço de sua “marcha”.

Foi nesse trabalho que primeiro estudei sobre o sistema nervoso, suas ligações com os demais sistemas e a dependência que doenças que o atingem podem nos trazer. A situação enfrentada pela família de Phill me sensibilizou e, além disso, descobri que minha avó paterna é possivelmente portadora de doença de Alzheimer. Então decidi adotar a doença de Alzheimer como eixo de discussão do presente trabalho.

Essa escolha foi bastante subjetiva no que diz respeito às minhas experiências acadêmicas e familiares, mas acabou tornando-se muito importante para pensar por que a doença de Alzheimer tem ganhado cada vez maior importância no mundo e como está o cuidado com a saúde do idoso e do portador de demência no Brasil.

Hoje em dia, já está constatado que nosso país está envelhecendo e ganhando um quadro demográfico mais parecido com o dos países ditos desenvolvidos, o que deveria nos levar a uma maior preocupação com a saúde do idoso, incluindo-se aqui os portadores de transtorno demencial. Infelizmente isso ainda não acontece, como determina a Constituição.

O Brasil se encontra atualmente diante de um grande desafio: crescer economicamente e envelhecer com qualidade de vida. O quadro demográfico do país encontra-se em transição demográfica, o que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008), pode ser explicada pelo fato de que temos, desde 1960, índices de fecundidade absoluta e taxa de mortalidade reduzidos e uma longevidade crescente em relação aos anos anteriores. Entramos no século XXI com a população idosa crescendo proporcionalmente oito vezes mais do que a população jovem e, nesse ritmo, chegaremos em pouco tempo ao sexto lugar no ranking de países com maior população idosa do mundo (BRASIL, 2002). Em outras palavras, temos uma pirâmide etária que tende a se estreitar na base e a se expandir no corpo e no topo. É por isso que se

tornou comum associar a demografia brasileira à dos países desenvolvidos (BRASIL, 2002).

Ao lado da transição demográfica, temos a transição epidemiológica, que é a mudança no quadro de doenças que atingem determinada população num dado período histórico em decorrência de fatores sociais. Estes fatores sociais podem ser influenciados por inúmeros outros que dependem das relações humanas (econômicas e políticas principalmente) e do conjunto ecológico em que dada população está inserida. No caso brasileiro, o fator social da longevidade tem sido influenciado pela melhoria nas condições básicas de saúde da população e pelos avanços tecnológicos nas diversas áreas, além do cuidado voltado à saúde. Assim, um novo conjunto de doenças mais incidentes em idosos vem compor o quadro epidemiológico do Brasil (WONG; CARVALHO, 2006; SCHRAMM, 2004).

É preciso notar, entretanto, que talvez haja um descompasso entre a prestação de serviços e ações públicas sanitárias especializadas e o aumento da terceira idade nacional – isso porque se pretende neste trabalho quantificar e, então, avaliar essa situação. Há, de fato, medidas, como o saneamento básico e a vacinação, muito eficazes contra doenças infectocontagiosas, desde que bem planejadas e postas em prática. Contudo, a transição epidemiológica brasileira está fazendo aparecer um quadro de doenças até então menos prevalentes. Essas patologias são conhecidas como doenças crônico-degenerativas – as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e a doença de Alzheimer, por exemplo –, pois são de longa duração e sua incidência costuma muitas vezes aumentar com a idade.

Os portadores desse conjunto de enfermidades precisam de uma rede de atenção tão complexa quanto elas o são. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), estima-se que de 75% a 80% da população idosa da América Latina sofra de pelo menos uma doença crônica. No Brasil, essa estimativa se traduz em uma previsão de 27 milhões de pessoas para o ano de 2025 e por volta de 50 milhões em 2050 (WONG; CARVALHO, 2006).

Não se trata simplesmente de má condução do Estado tendo em vista os países desenvolvidos, afinal, comparar os países desenvolvidos

ao Brasil pode ser um equívoco, pois se trata de comparar contextos socioeconômicos e processos históricos muito distintos. Há uma conjuntura histórica que deve ser levada em consideração para se avaliar as ações estatais (SCHRAMM, 2004).

Os países desenvolvidos sofreram suas transições demográficas graduais e acompanhadas de crescimento econômico. Com o Brasil, o processo não está se dando da mesma forma. Trata-se de um país de pouco mais de meio milênio de idade lutando por espaço no cenário neoliberal, passando por uma transformação demográfica expressiva e que, portanto, precisa crescer economicamente para se manter bem em tal conjuntura. Nesse processo, passou-se a investir no mercado de forma prioritária e esperou-se que os frutos desse investimento pudessem dar o suporte social necessário à população por uma questão ideológico-econômica, o que não aconteceu. Entender o cenário em que o país está inserido não justifica a falta de priorização da saúde pelo Estado nos últimos tempos, mas a explica (BAPTISTA, 2007; SCHRAMM, 2004).

O montante de verbas destinadas, atualmente, à educação, à saúde e à previdência social parece insuficiente para esses setores, ainda mais no que diz respeito às projeções demográficas para o Brasil nos próximos cinquenta anos, quando aproximadamente 20% da população absoluta estarão incluídos no grupo a partir dos 60 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Por tudo isso, compreender o processo saúde–doença das patologias neurodegenerativas a partir do caso bastante delicado e expressivo da doença de Alzheimer, e buscar os serviços já existentes ou medidas possíveis para um futuro próximo, é muito importante.

O presente trabalho tem como objetivos apresentar e discutir a atual situação da atenção à saúde para o portador de doença de Alzheimer (PDA) especificamente no estado do Rio de Janeiro. Para isso, foram feitas entrevistas com representantes de associações de usuários no cuidado à saúde do idoso e com integrantes de conselhos de defesa dos direitos da população idosa. Além disso, a pesquisa envolveu revisão bibliográfica e análise da legislação referente às medidas e aos serviços públicos voltados a esses indivíduos.

Este capítulo está estruturado da seguinte forma: na primeira parte, descrevemos a doença de Alzheimer, abordando seu histórico e suas principais características atualmente conhecidas; em seguida, apresentamos os tipos de tratamento mais conhecidos para essa patologia.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho, apresentamos, na segunda parte, os resultados das pesquisas e análises sobre as leis que definem os serviços que devem ser prestados aos PDAs em nível nacional e estadual; na terceira parte, encaminhando o fechamento do texto, expomos as opiniões e conhecimentos das entrevistadas acerca da atenção à saúde dos PDAs que corroboraram a composição do quadro de serviços disponíveis para esse grupo; por fim, realizamos considerações a respeito do panorama obtido com as pesquisas, buscando sintetizar nossa visão acerca de suas causas e efeitos sobre as populações contemporânea e futura do Rio de Janeiro e, em certa medida, também na população nacional.

COMPREENDENDO A DOENÇA DE ALZHEIMER

Para organizar todas as informações necessárias à sua interação com o mundo, o ser humano utiliza o sistema nervoso central (SNC), que interpreta os estímulos do meio ambiente em diferentes intensidades e seleciona aqueles que precisa guardar. Essa diferença é interpretada e armazenada pelas estruturas cerebrais de formas específicas, conferindo a esse órgão a capacidade de memorizar as mais distintas informações do meio, que constituem o que se chama de memória.

Toda essa complexa rede de interações, entretanto, não é capaz de superar o fato de que, com o passar do tempo, o corpo humano envelhece, deteriorando-se naturalmente devido à morte celular. Há ainda doenças que aceleram esse processo. Muitas atuam na destruição de órgãos e tecidos, como o câncer; outras atuam apenas em funções locais do organismo e, muitas vezes, são silenciosas. A descoberta da maneira como essas doenças se desenvolvem exige muito tempo, observação e disponibilidade de recursos técnicos (NULAND, 1995).

Em 1901, a partir de suas observações, o médico alemão Alois Alzheimer descobriria uma doença que deteriora especificamente o tecido do sistema nervoso. Tudo começou quando notou distúrbios comportamentais em uma de suas pacientes, a Sra. Auguste, que tinha por volta de 50 anos de idade. Ele descobriu um conjunto de sintomas macroscópicos e sinais anatomopatológicos que, mais tarde, ficaram conhecidos como doença de Alzheimer – doença popularmente conhecida como mal de Alzheimer, mas o termo “mal” tem uma conotação negativa, por isso caiu em desuso.

A Sra. Auguste apresentava um quadro de perda da memória recente, mudança repentina de humor e desconfiança infundada quanto à lealdade de seu cônjuge, mas ninguém conseguia explicar como ela chegou a tal ponto, pois ela não era uma mulher considerada idosa – tinha 52 anos. Um fator que chamou também a atenção do cientista foi a evolução rápida da patologia. A paciente morreu em 1906, cinco anos depois da constatação do problema, em um quadro de avanço rápido dos distúrbios comportamentais aos que logo se somaram incapacidades cognitivas e motoras sem nenhum fator causal reconhecido.

Foi apenas após o seu falecimento que Alzheimer pôde acrescentar mais informações aos seus estudos, que, além das observações dos distúrbios de comportamento, puderam também contar com achados citológicos obtidos com a autópsia feita no cérebro da paciente. Ele notou a redução brusca desse órgão e também a presença de estruturas parecidas com placas eovelos de fibras que passaram a caracterizar anatomopatológica e bioquimicamente a doença até hoje.

Não foi Alois Alzheimer quem atribuiu o nome à patologia, mas o renomado psiquiatra Emil Kraepelin, o que fez ao divulgá-la em seu *Manual de psiquiatria* anual de 1910.

Desde então, a ciência neurológica não obteve avanços realmente significativos na direção da descoberta das causas e também da cura da doença de Alzheimer. O que se sabe com mais detalhes sobre essa patologia é, fundamentalmente, como ela se desenvolve. O diagnóstico exato, por exemplo, é feito da mesma forma desde 1906, por autópsia, mas é certo que os métodos de captação de imagens do córtex cerebral tendem a dar resultados bastante próximos da realidade. As dificuldades parecem

decorrer em parte da existência de sintomatologias similares para outras patologias e, às vezes, para fatores que não são considerados patologia (BRASIL, 2010). Outro obstáculo para o diagnóstico é a falta de conscientização da população. Até hoje, em um mundo dito globalizado e informado, as demências continuam sendo consideradas problemas naturais da velhice por muita gente.

É precipitado afirmar que as demências são inerentes a idades mais avançadas, afinal há sim a possibilidade de se envelhecer com saúde e lucidez. Entretanto, estima-se que haja mais de 15 milhões de portadores da mais comum delas, a doença de Alzheimer, no mundo. Na Europa, ela é responsável por cerca de 50% a 60% dos casos de demência. Nos Estados Unidos, é a quarta maior causa de morte na faixa etária de 75-84 anos e é a terceira maior causa de incapacidade no mundo. Apesar de os números e demais informações serem bastante significativos, ainda há muitos erros na obtenção de dados, principalmente no que diz respeito ao Brasil, onde a população idosa vem crescendo e as pesquisas, tanto qualitativas quanto quantitativas, não o fazem na mesma proporção (MACHADO, 2006).

Segundo Machado (2006), quando se tem em pauta uma doença que não apresenta agente etiológico definido, cujo tratamento farmacológico está ainda em desenvolvimento e cuja incidência encontra-se em curva ascendente, é imprescindível que os dados estatísticos sejam precisos. É isso porque a formulação de ações combativas precisa ser feita em uma realidade menos cega. Os dados dão base, entre outras coisas, para a identificação de casos que fogem à normalidade de incidência da doença, fator que pode ser decisivo no desenvolvimento de uma cura. É necessário também o desenvolvimento de uma infraestrutura capaz de prover melhor sobrevida aos portadores, o que implica uma abordagem que englobe desde a informação básica à população até o investimento maciço em pesquisas para o combate e prevenção das demências, especialmente da doença de Alzheimer.

Clinicamente, a doença de Alzheimer é reconhecida como uma patologia neurodegenerativa progressiva que se desenvolve como demência. O conceito de demência está caracterizado pelo Ministério da Saúde brasileiro como:



(...) transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades da vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais. (BRASIL, 2010)

Atualmente, os fatores de risco que parecem contribuir com maior peso para o desenvolvimento da doença de Alzheimer são idade, síndrome de Down, história familiar e pertencer ao gênero feminino após 80 anos de idade (MACHADO, 2006).

A idade é o fator que tem se mostrado mais importante, pois, embora já estejam notificados casos que fogem da faixa etária de risco, a grande maioria dos portadores está acima dos 60 anos e, quanto mais avançada ela é, maiores são as chances de desenvolver a demência.

A trissomia do cromossomo 21, conhecida como síndrome de Down, estaria direta e principalmente ligada à forma precoce da doença de Alzheimer. Isso ocorre devido à presença dos genes que determinam a produção da proteína precursora dos peptídeos formadores das placas senis no cromossomo 21. Dessa forma, se um indivíduo que apresenta apenas dois cromossomos já tem chances de produzir mutações que originam as placas senis da doença de Alzheimer, um que apresente três desses cromossomos terá chances ainda maiores de desenvolver a doença mais cedo.

As pesquisas sobre histórico familiar estão em desenvolvimento. Por exemplo, Machado (2006) afirma que a hereditariedade tem menor apoio no que diz respeito à sua aceitação científica como fator de risco. Por outro lado, Kelly (2008) diz que os fatores genéticos já são aceitos pela maioria da comunidade científica como fator de risco para a doença de Alzheimer. Provavelmente, neste intervalo de dois anos entre a publicação de Machado (2006) e Kelly (2008), houve algum avanço nas pesquisas voltadas à biologia molecular da doença de Alzheimer e assim se justificam essas duas posições divergentes sobre a mesma patologia.

A questão do gênero como fator de risco é passível de discussão, pois, segundo Machado (2006), ainda é preciso relativizar os dados que mostram a incidência e a prevalência da doença de Alzheimer. Isso se deve à maior sobrevivência de mulheres idosas após os 80 anos com doença de

Alzheimer em relação aos homens no Brasil, que parece não estar sendo levada em conta pelas pesquisas.

Há ainda uma vertente que afirma que o nível de escolaridade é um fator de risco para a doença de Alzheimer. Dessa forma, se um indivíduo não teve oportunidade de estudar ao longo de sua vida, ele estaria mais propenso a desenvolver doença de Alzheimer do que indivíduos que tiveram oportunidade de estudar. Contudo essa é uma ideia menos aceita até então no meio acadêmico.

Para o desenvolvimento de todas essas teorias, foram avaliados muitos aspectos relacionados ao processo evolutivo da patologia, que acabaram levando à divisão em fases que representam graus crescentes de perdas neurológicas.

Na fase inicial da doença, os sinais da doença de Alzheimer são de difícil identificação ou até mesmo aceitação, pois os portadores geralmente não consideram seus esquecimentos como acontecimentos graves e os que estão a sua volta costumam explicá-los por estresse cotidiano ou por fator normal da idade avançada. Nessa fase, que dura por volta de dois a três anos, os primeiros sinais são usualmente a perda da memória ligada à descrição e construção de episódios recentes. Os portadores começam a esquecer de e trocar datas, nomes de familiares e de pessoas próximas. Esquecem o fogão aceso ou o ferro de passar ligado etc.

As alterações da memória, características da primeira fase, vão se intensificando com episódios de desorientação espacial e temporal. Além disso, os pacientes podem começar a apresentar atitudes de desconfiança e medo excessivo. É comum que haja desconcentração, perda de motivação para realizar atividades e se relacionar socialmente e inconstância comportamental (surto de agressividade, depressão, ansiedade etc.).

Na fase intermediária, ocorre um agravamento de todos os problemas cognitivos da fase anterior, com a adição de dificuldades na realização de tarefas domésticas e rotineiras (apraxia), compreensão de situações complexas de julgamento (agnosia), dificuldade na articulação das palavras (afasia) e confusões visuais. Além disso, é comum que o portador julgue-se apto a realizar muitas tarefas que já não pode, pois não tem consciência de seus déficits cognitivos. Dessa forma, pode vir a se co-

locar em situações de risco, se não estiver sob supervisão e cuidado. Entretanto, é preciso ter muito cuidado com a maneira de lidar com essa situação, afinal o portador precisa ter estimulada a sua autonomia, dentro das suas possibilidades; ele merece respeito e não deve perder sua dignidade (SILVA, 2007).

Na última fase da doença, a parte motora do portador fica seriamente comprometida, fazendo que necessite de cadeira de rodas ou que permaneça restrito ao leito. Nessa fase, a afasia pode tornar-se completa e é notório o descontrole dos sistemas nervosos simpático e parassimpático. Esse descontrole atinge a musculatura lisa e estriada, desregulando assim as funções de todos os outros órgãos, como o intestino e o coração, o que agrava outras doenças sistêmicas e por fim leva à morte.

Para Machado (2006), determinar o que pode ser considerado como sintoma da doença de Alzheimer para compor um quadro clínico da doença não é uma tarefa simples. Os profissionais da área devem, antes de tudo, saber do histórico de vida daquela pessoa para que, só então, possam identificar o que pode ser considerado afasia, apraxia ou agnosia para um indivíduo. Por exemplo, um idoso que jamais foi capaz de se expressar com clareza não pode ser considerado demenciado por não conseguir fazer isso em idade avançada.

Atualmente, já existem parâmetros bem difundidos na psiquiatria para fazer o diagnóstico da doença de Alzheimer por métodos de comparação diferenciais, como o *Functional Assessment Stages in Alzheimer's Disease* (FAST) e a escala *Clinical Dementia Rating* (CDR), que propõem uma avaliação quantitativa dos níveis de comprometimento cognitivo para ajudar no diagnóstico.

A doença de Alzheimer é caracterizada neuropatologicamente pela morte celular dos neurônios e perda progressiva das regiões sinápticas somadas à presença dos dois principais achados anatomopatológicos do doutor Alzheimer: as placas senis (PS) e os emaranhados neurofibrilares (ENF).

As placas senis são bioquimicamente identificadas como estruturas compostas da proteína β -amiloide₄₂, proveniente da proteína precursora amiloide (PPA). Esta última, por sua vez, tem o gene para sua produção presente no cromossomo 21 humano. Os estudos mais recentes indicam

que, no desenvolvimento da doença de Alzheimer, algum fator não identificado até então provoca a mutação do gene da PPA, fazendo que ela seja produzida em excesso. Essa produção exacerbada reflete-se proporcionalmente na conversão da PPA em proteína β -amiloide₄₂ pelas enzimas β e γ -secretase, que parecem ter sua produção também aumentada.

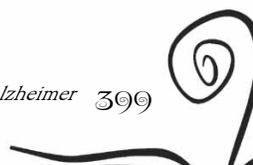
Agravando a situação, a enzima que atua sobre as secretases não tem sua produção aumentada e, assim, não regula a quebra da PPA em β -amiloide. Então, esta última se deposita indiscriminadamente na extensão do córtex, inclusive entre espaços sinápticos. Essa deposição, sabidamente, provoca resposta imune constante, ainda que reduzida, levando a um processo de morte programada de muitos neurônios, desencadeada por mecanismos ainda desconhecidos. É da junção dos restos celulares dos neurônios com a proteína β -amiloide₄₂ que nascem as PS.

Os emaranhados neurofibrilares (ENF) são compostos pela proteína TAU, cuja função é a de estabilizar os microtúbulos que estruturam as regiões de ligação neural chamadas axônios. Contudo, ainda não se sabe por que ocorre uma hiperfosforilação da proteína TAU, o que desestabiliza as proteínas microtubulares dos neurônios, levando-os a morte. O que acontece, portanto, é a formação de depósitos de neurônios mortos com estruturas degeneradas que se mantêm presentes no córtex e agravam os problemas de transmissão dos impulsos nervosos.

Nesse quadro de destruição neural e interrupções sinápticas, o SNC fica com suas funções comprometidas em etapas, até que as lesões tomem dimensões maiores. Comprometendo-se o SNC, os danos logo serão sentidos nas funções do sistema nervoso periférico (SNP), responsável pelos contatos diretos do organismo com o meio.

Considerando todo esse percurso bioquímico, fica mais fácil compreender porque tantos sintomas relacionam-se com a perda da capacidade de se localizar no espaço, manusear objetos e controlar seus próprios movimentos e, assim, projetar as medidas terapêuticas capazes de minimizar ou controlá-los.

É possível, atualmente, definir duas áreas de intervenção em quadros de doenças neurodegenerativas no país e no mundo: a farmacoterapia e as alternativas terapêuticas não medicamentosas.



O tratamento farmacológico no Brasil, definido e regulamentado pela portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010, do Ministério da Saúde, é feito com três medicamentos principais, que devem ser distribuídos pelas secretarias estaduais e do Distrito Federal aos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso: a rivastigmina, a galantamina e o donepezila – essas drogas não estão autorizadas a serem prescritas simultaneamente para o mesmo paciente. Todos três são anticolinesterásicos³ e, atualmente, segundo essa mesma portaria, são distribuídos no país inteiro. Contudo, para que o paciente receba estes medicamentos, deve obter escores suficientes nos seguintes métodos quantitativos: Miniexame do Estado Mental (Meem) e a Escala Clínica de Avaliação de Demência (CDR). Além disso, outras variáveis são consideradas no documento para que se tenha acesso às medicações, como a presença da doença de Parkinson concomitantemente à doença de Alzheimer, insuficiência ou arritmia cardíaca, lesões cerebrais de origem orgânica não compensada e intolerância aos componentes dos medicamentos.

A indicação contida no protocolo do Ministério da Saúde para a dosagem da rivastigmina, galantamina e do donepezila é de que o tratamento com os três medicamentos deve começar com doses mais moderadas (3 mg, 8 mg e 5 mg, respectivamente) e aumentar gradualmente, ao longo do tratamento. Isso se explica pelo amplo leque de efeitos colaterais provocado por eles, que vão desde náuseas e quedas de pressão até quadros de convulsão, embora estes últimos sejam raros. Dessa forma, é preciso dar tempo ao organismo para se habituar ao medicamento.

Ainda considerando os efeitos colaterais desses medicamentos, o documento citado prevê três critérios para a interrupção do tratamento: apresentação de ineficácia de três a quatro meses após o início do uso da medicação; apresentação de valores abaixo de doze (para pacientes com mais de quatro anos de escolaridade) e abaixo de oito (para pacientes com menos de quatro anos de escolaridade) no Meem realizado por um neurologista; e casos de intolerância à medicação em qualquer fase do tratamento.

³ Medicamentos que atuam sobre a enzima acetilcolinesterase, a responsável pela lise do neurotransmissor acetilcolina. A acetilcolina é um dos principais responsáveis pela passagem dos impulsos nervosos pelas sinapses, que são as regiões interneurais. Dessa forma, melhoram a passagem dos impulsos nervosos pelo sistema nervoso.

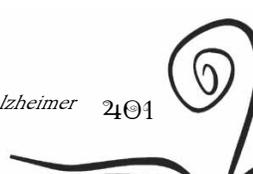
Quando se fala em medicamentos não se pode deixar de analisar as implicações econômicas que envolvem sua distribuição. Especificamente, os medicamentos indicados ao tratamento da doença de Alzheimer não curam a doença e sua eficácia no retardo do avanço desta varia de pessoa para pessoa. Além disso, os efeitos colaterais, como já mencionado, são muitos e, por isso, devem-se avaliar os reais benefícios de administrá-los aos PDAs.

Cada novo lançamento cria a necessidade de um especialista, um técnico e um auxiliar para fazer sua operação, o que aumenta os custos com mão de obra especializada. Há também as especulações tecnológicas, ou seja, produtos e medicamentos, muitas vezes sem utilidade claramente definida, que substituem medicamentos tradicionais, aumentando o custo dos tratamentos, sem vantagens adicionais. Não é à toa que a chamada inflação médica é cerca de quatro vezes maior que nos outros setores da economia. Isso não significa que devemos abandonar as tecnologias médicas, ao contrário, algumas tecnologias constituem importantes avanços para salvar e prolongar vidas, porém a racionalização de seu uso é imperativa.

Outro ponto que evidencia os limites da biomedicina é que quanto mais cara maior é a dificuldade de acesso para as populações com condições econômicas precárias, cujas demandas são as maiores dos serviços de saúde. Chamamos a isso de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 30)

Esse trecho mostra como é importante que haja, por parte do Estado, uma avaliação dos benefícios da compra e distribuição de certos medicamentos à sua população. Isso porque, muitas vezes, os benefícios restringem-se às grandes empresas e os usuários são lesados e continuam sofrendo com as doenças que os acometem. Os autores não ignoram os benefícios e a importância das tecnologias farmacológicas nos tratamentos, apenas evidenciam que esse tipo de tratamento deve ser muito bem analisado e acompanhado para que possam dar real acesso e benefício aos usuários.

Nessa perspectiva, a decisão de administrar medicamentos aos PDAs deve ser feita após esclarecimentos aos familiares dos PDAs por parte dos médicos e por campanhas informativas do Estado. Só então os familiares seriam capazes de conversar com os profissionais da saúde e



de argumentar por que acreditam que seria bom não administrar os medicamentos ou porque aceitariam administrá-los aos seus PDAs. É preciso, portanto, que haja diálogo entre o SUS e os usuários para que tenhamos um tratamento conscientizado.

Tendo em vista a complexidade da doença de Alzheimer, e principalmente do ser humano, está cada vez mais evidente a necessidade de diferentes serviços de saúde para atender as demandas dos PDAs. Atualmente, os tratamentos de fisioterapia, de fonoaudiologia e de terapia ocupacional já são aplicados para pacientes com déficits cognitivos. Além desses, as propostas de musicoterapia, de fitoterapia e zooterapia têm figurado como opções muito interessantes para manter a autoestima e inclusão social, sendo citados até mesmo em *sites* de apoio às famílias e aos PDAs. A página da Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz)⁴ é um bom exemplo disso.

Mais efetivamente, em alguns centros de referência em saúde do idoso, estudos já demonstram que trabalhos com oficinas de estimulação cognitiva têm apresentado bons resultados na estagnação ou na redução da taxa de perda das capacidades cognitivas dos participantes. O PDA pode ser beneficiar de oficinas de estimulação cognitiva, para a reabilitação para as atividades da vida diária, o resgate e a valorização das reminiscências e identidades pessoais e o estímulo às capacidades cognitivas e habilidades sensório-motoras, dentre outros (SOUZA et al., 2008).

Sair de casa e interagir com as pessoas e com o espaço em que vive, segundo Souza et al. (2008), é um passo importante no tratamento e funciona na manutenção do cidadão PDA, afinal ele está doente, apresentando certas dificuldades e limitações, mas não está morto. Nesse sentido é que talvez as propostas de musicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia estejam ganhando espaço nas discussões de composição de um tratamento mais amplo – utilizando o termo de Bottino et al. (2002), um trabalho multidisciplinar.

Entre as principais técnicas que envolvem trabalho multidisciplinar destacam-se: treinamento cognitivo, técnica para melhor estrutura-

⁴ Ver: <http://www.abraz.com.br/>.

ção do ambiente, orientação nutricional, programas de exercícios físicos, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores. (BOTTINO et al., 2002, p. 71)

O tratamento não farmacológico deve abranger também os familiares e cuidadores, pois, se estes não forem acompanhados por psicólogos e outros serviços, tenderão a ficar doentes por processos depressivos atingindo o sistema nervoso, e, conseqüentemente, todos os demais sistemas do organismo, com diferentes intensidades.

Segundo Silva (2007), o cuidador familiar, ou seja, uma pessoa que cuide e possua laços familiares com o portador, precisa compreender e aceitar uma série de mudanças comportamentais e acompanhar o seu idoso em muitas atividades que ele não pode mais fazer sozinho. Certamente, essa é uma rotina que representa um desgaste físico e psicológico muito grande. É por isso que, hoje em dia, a presença de um cuidador profissional tem se mostrado importante ferramenta para a família, já que propicia um rodízio no acompanhamento diário e assim permite que o familiar descanse e siga suas próprias atividades.

Por tudo isso, pode-se dizer que os estudiosos já têm notado que para tratar a doença de Alzheimer é preciso ser tão multidisciplinar quanto ela é. No caso brasileiro, essa característica abrangente já está presente sob a forma de lei desde 1988, mas, somente com a busca por informações a respeito da prática e das novas resoluções legais, é que se pode chegar a conclusões mais precisas sobre a eficácia do sistema nacional de saúde para portadores de demência.

O QUE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PREVÊ PARA OS PDAS

O Sistema Único de Saúde (SUS), serviço nacional público e gratuito de saúde brasileiro, baseia-se em três legislações principais, a saber: a Constituição de 1988, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a lei nº 8.142, de dezembro de 1990 (MATTA, 2007).

As leis supracitadas dizem respeito à saúde de todo e qualquer cidadão brasileiro, mas há leis, políticas e portarias nacionais específicas para os idosos. São elas: lei nº 8.842, de 1994, a Política Nacional do Idoso, as portarias nº 249/2000, 702/2002, 703/2002, 738/2002 e o Estatuto do Idoso, de 2003, que, em conjunto, buscam preparar o SUS para cumprir alguns de seus princípios, em especial o da equidade.

A lei nº 8.842/1994 afirma: “A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso” (BRASIL, 1994). Além disso, ela cria o Conselho Nacional do Idoso, que é uma das medidas que

(...) buscam criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia. (BRASIL, 2002, p. 49)

O Estatuto do Idoso, instituído pela lei nº 10.741, é o responsável pela regulamentação dos direitos dos idosos na sociedade brasileira. Ele garante prioridades na destinação de verbas para projetos para esse grupo da população, na criação e aprovação de projetos de lei, no atendimento em todos os serviços públicos e privados e em muitos outros aspectos. Contudo, a providência mais importante trazida pelo documento é a garantia de “todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, p. 8). Além dessa, traz outra de grande relevância que é a de atribuir à família, ao Poder Público e à sociedade os cuidados necessários para manter a saúde do idoso e sociabilidade, pois, nessas condições, estimula a preocupação mútua com o bem-estar geral.

As portarias nº 249/2000 e 702/2002 são responsáveis pela regulamentação e criação dos mecanismos de organização do serviço ao idoso nos estados e municípios, as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Saúde do Idoso (CRSIs).

A portaria nº 738/2002 inclui o serviço de assistência domiciliar no quadro de serviços prestados pelos CRSIs, determinando os períodos de permanência dos profissionais que vão aos domicílios em curto, médio e longo. Sendo a permanência curta de 30 dias; a média, de 30 a 60 dias; e a longa, de 60 dias em diante. Além disso, estabelece que, para que possa usufruir desse serviço, o usuário do SUS será submetido a uma avaliação multiprofissional, e então serão definidos os profissionais e o período necessários ao cuidado de sua saúde.

A portaria nº 703/2002 institui o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer e determina a articulação entre as esferas municipal, estadual e federal no âmbito de cooperação entre as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus CRSIs. Além disso, determina

(...) que a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleça o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da demência por doença de Alzheimer, inclua os medicamentos utilizados neste tratamento no rol dos medicamentos excepcionais e adote as demais medidas que forem necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta portaria. (BRASIL, 2002, art. 3º)

E, finalmente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, contém diversas diretrizes e orientações relacionadas à promoção da saúde, extensão da cobertura e melhoria do atendimento prestado à população idosa.

Para compreender como o conjunto dessas resoluções se concretiza, os mecanismos principais – Redes de Atenção à Saúde do Idoso, Estratégia Saúde da Família e Centros de Referência em Saúde do Idoso – serão apresentados mais detalhadamente a seguir.

As Redes de Atenção à Saúde do Idoso

As Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso (REASIs) são estratégias elaboradas pelo Ministério da Saúde para atuar na organização dos serviços especializados em saúde do idoso em cada estado do país. Através das REASIs, seria possível focar melhor nas necessidades de saúde dos idosos de cada estado, município, bairro e comunidade. Isso porque elas teriam

sob sua administração serviços que podem atuar desde o convívio com as comunidades até centros de terapia intensiva e, assim, seriam capazes de rastrear as demandas da população idosa em diferentes níveis. As informações obtidas em cada um deles poderiam então ser repassadas a todos os níveis inferiores ou superiores, para aperfeiçoar a atuação dos profissionais em relação à saúde dos cidadãos desde a entrada até a recuperação do paciente.

A principal porta de entrada planejada nos serviços das REASIs é a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2002).

A ESF é uma estratégia da atenção primária à saúde, que busca a aproximação entre SUS e população, tendo como objetivo principal rastrear as necessidades particulares de cada comunidade para a promoção e manutenção de sua saúde. Nesse programa, cada grupo selecionado das comunidades possui uma equipe multiprofissional capacitada para compreender a saúde de cada indivíduo como componente de uma realidade ampla, que vai muito além de seu organismo.

As equipes da ESF

No PSF [Programa Saúde da Família, atual ESF], a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida com 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes. A equipe mínima é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o número suficiente de ACS [agentes comunitários de saúde] para cobrir 100% da população cadastrada, com limite máximo de 12 ACS por equipe. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 85)

A saúde que busca a ESF, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde, é o bem-estar das relações sociais (intra e extrafamiliares), das capacidades físicas e das capacidades psicológicas dos indivíduos. Além disso, a ESF compreende que, para ser saudável, cada cidadão deve ser visto enquanto sujeito de sua própria realidade e saúde. Isso significa dizer que cada um deles deve ter independência para modificar o meio em que vive e buscar, junto às equipes da estratégia, a sua própria saúde (SILVA JÚNIOR; ALVES 2007).

Para promover a autonomia no cuidado da própria saúde é que a ESF se mostra, pelo menos em sua proposta, uma estratégia muito eficiente. Ao chegar às comunidades, a ESF deve ser capaz de ganhar pro-

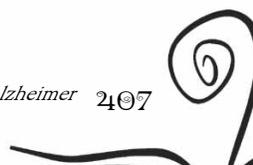
ximidade e respeito da população, promovendo uma relação de troca de informações mais íntima e teoricamente eficiente para a detecção de quaisquer perturbações, doenças e agravos. Além disso, na incumbência de acompanhar a saúde de cada família, espera-se que esse programa seja capaz de avaliar, desde o nascimento do indivíduo, as modificações físicas e sociais pelas quais ele possa ter passado. Assim, a ESF permitiria avaliar quais são as possíveis implicações dessas mudanças na saúde da população ao longo de sua vida.

No caso dos idosos PDAs e dos idosos em geral, a ESF figuraria como uma boa estratégia de avaliação de suas necessidades em saúde, pois seria capaz de promover a acessibilidade, considerando-se que poderia aproximar o serviço especializado ao idoso e demais usuários de maneira contínua.

A proximidade ao serviço de saúde especializado seria importante no sentido de promover acessibilidade para os idosos com dificuldades de locomoção, de relacionamento com estranhos, devido a demências, e com outros problemas que dificultem ou os impeçam de chegar aos hospitais, de receber cuidados a suas saúdes de maneira confortável e intimista. Dessa maneira, PDAs e seus familiares poderiam se sentir mais seguros e confiantes nos serviços da equipe que os atenderia, o que otimizaria as visitas dos profissionais pela quebra da barreira do primeiro contato.

A equipe da ESF atuante em famílias com PDAs deve ter em vista a manutenção da inserção social desses indivíduos nessas instituições e em sua realidade extradomiciliar. Assim como para qualquer outro cidadão, não se pode falar em saúde, em seu conceito ampliado, sem a busca do bem-estar social do PDA em todas as suas dimensões. Ao longo do processo de desenvolvimento da doença, deve-se buscar ao máximo a estimulação das capacidades físicas e mentais que conferem independência no cotidiano do PDA. Se for possível manter esse eixo norteador no cuidado a saúde do PDA, então esse indivíduo não perderá a chance de manter uma das dimensões mais importantes e distintivas do ser humano: a sociabilidade (SACKS, 1988; BRASIL, 2002).

Por tudo isso, a ESF na lógica das REASIs tem potencial para apoiar os Centros de Referência em Saúde do Idoso (CRSIs), resta saber ser será



aproveitado, ainda que as equipes da ESF não sejam voltadas somente para os idosos.

Os Centros de Referência em Saúde do Idoso

Os Centros de Referência em Saúde do Idoso (CRSIs) são instituições hospitalares que dispõem de serviços voltados especificamente aos idosos e, de acordo com a portaria nº 702/2002, também dispõem de serviços voltados especificamente para PDAs. Assim como na ESF, as equipes dos CRSIs são compostas por profissionais de várias áreas que atuam conjuntamente na avaliação das necessidades dos pacientes. O Ministério da Saúde define os CRSIs da seguinte forma:

Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso diz respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Deve dispor, além de internação hospitalar, ambulatório especializado em saúde do idoso, hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde. (BRASIL, 2002, p. 17)

No caso dos PDAs, os CRSIs são responsáveis por todo o processo que envolve o cuidado à sua saúde e de sua família, como o diagnóstico da doença, a disponibilização de tratamento não farmacológico (sessões de fisioterapia, psicologia, orientação nutricional, fonoaudiologia, fisioterapia ocupacional etc.), atendimento domiciliar e internação hospitalar. Além disso, mediante acordo com as secretarias estaduais de Saúde, os CRSIs podem ser responsáveis pela dispensação dos medicamentos determinados no documento “Protocolo e diretrizes terapêuticas – doença de Alzheimer”.

A partir da avaliação da equipe do CRSI, o paciente PDA passa a ter um tratamento específico para ele e sua família. Se for necessário, ele receberá atendimento em casa através de uma equipe capacitada em saúde do idoso. Esse serviço respeitará o tempo estabelecido pela equipe e, havendo a necessidade, poderá ser prolongado. Quando o tratamento não precisa ser domiciliar, o projeto prevê que os pacientes disponham de espaços para a realização de consultas e atividades

que estimulem suas capacidades psicomotoras e sociais no próprio CRSI através dos hospitais-dia (HDs).

Os HDs são estruturas que devem estar subordinadas ao SUS através dos CRSIs; portanto, devem seguir todos os princípios e diretrizes da Política Nacional do Idoso. Essas unidades devem contar com todos os profissionais necessários ao atendimento dos PDAs e dos idosos em geral.

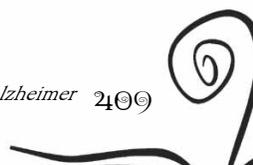
O funcionamento desses HDs pode ser de dois ou apenas um turno por dia (cada turno deve ter 6 horas de duração). Nesses períodos os pacientes podem estar acompanhados de uma pessoa da família ou de um cuidador profissional particular e ambos devem receber alimentação duas vezes por turno. A alimentação é controlada pelos nutricionistas das unidades e deve atender às especificidades fisiológicas de cada paciente, pois os idosos geralmente sofrem de doenças como a diabetes e doenças cardiovasculares.

No estado do Rio de Janeiro, o quantitativo de CRSIs estabelecido na portaria nº 702/2002 é de até sete unidades. Contudo, há apenas dois CRSIs cadastrados em sua REASI, a saber: o Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (UFF), situado em Niterói, e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), situado no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2002).

Dessa forma pode-se concluir que ainda há poucos serviços voltados aos portadores de demência cadastrados no Rio de Janeiro.

O DESAFIO DE PROMOVER A SAÚDE DOS PDAS NO RIO DE JANEIRO – ANÁLISE DE ENTREVISTAS

Para complementar e confirmar as informações coletadas na revisão bibliográfica, foram realizadas entrevistas com pessoas relacionadas ao campo da saúde e defesa dos direitos da pessoa idosa. Ao todo, foram feitas duas entrevistas, sendo uma com um representante de usuários de serviços de atenção ao PDA, pertencente a uma associação de usuários e familiares (entrevistado "A") e a segunda, realizada com um membro do



Conselho Estadual de Defesa da Pessoa Idosa (entrevistado “B”). Além disso, houve a oportunidade de conversar com alguns participantes de um grupo de apoio para familiares de PDAs, que estavam presentes no dia da realização da primeira entrevista e que, espontaneamente, manifestaram suas opiniões.

Em sua entrevista, a senhora “A”, representante de usuários, chamou a atenção, em primeiro lugar, para o fato de que apenas um quarto⁵ dos Centros de Referência em Saúde do Idoso previstos na portaria nº 702/2002 estão cadastrados e em funcionamento desde a sua publicação. Entre eles, foi citado o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub),⁶ que, segundo entrevistada, é um serviço de muita qualidade no que diz respeito à dispensação de medicamentos e ao atendimento aos PDAs. Além do Ipub, foram mencionados como unidades de atendimento a esse grupo o Hospital Antônio Pedro (da Universidade Federal Fluminense – UFF) e o Hospital dos Servidores do estado do Rio de Janeiro.

Um aspecto muito importante apontado na entrevista foi que, devido à falta de informação sobre os serviços e sobre a doença de Alzheimer, os familiares de portadores, muitas vezes, prejudicam suas próprias vidas profissionais e familiares pela necessidade de ficar em casa cuidando da saúde de seus entes queridos. Nesse processo de abandono da vida profissional, segundo a entrevistada, as famílias encontram a barreira da precariedade econômica e então se inicia uma cascata de agravantes na relação cuidador–portador. Aqueles que conhecem a associação, no desespero de tentar continuar suas vidas, procuram os seus serviços querendo uma indicação para internação do PDA, mas a doença de Alzheimer sozinha não justifica a internação no SUS segundo a legislação atual.

Quando as famílias chegam a esse ponto de desespero é que os grupos de apoio realizados pela associação interviriam tentando acalmar e orientar os familiares na maneira de enfrentar as dificuldades trazi-

⁵ Estão cadastrados apenas 17 Centros de Referência em Saúde do Idoso, dos 74 que estavam previstos em todo o país.

⁶ A portaria nº 702/2002 cita o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho como CRSI cadastrado, mas atualmente é o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Ipub) situado no campus da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, que funciona como CRSI.

das pela doença. Contudo, associações como aquela da qual faz parte a Sra. “A” não deveriam ser as responsáveis pela população PDA do Brasil e do Rio de Janeiro. É claro que a sua ajuda é muito bem-vinda, mas cabe ao Estado promover a saúde da população, como está previsto na lei nº 8.080, de 1988.

Na opinião da entrevistada, o centro-dia seria a alternativa perfeita para auxiliar os cuidadores familiares, já que, enquanto trabalhassem, os seus idosos portadores de demência poderiam ficar nesse tipo de unidade realizando atividades estimulantes de suas capacidades cognitivas e de sua sociabilidade. Além disso, nos períodos de atividades nos centros-dia, os familiares poderiam realizar também as suas atividades lúdicas e cuidar de suas famílias, que, segundo Silva (2007), são muitas vezes preteridas. Apesar de ser uma ótima proposta, ainda não há centros-dia no Rio de Janeiro segundo a própria Sra. “A”. Esse é mais um indicador da debilidade prática da gestão do SUS especificamente no caso da doença de Alzheimer.

Uma possível explicação para a falta de informação e precariedade dos serviços públicos voltados aos PDAs dada pela entrevistada foi a de que “a realidade da doença ainda não está muito aceita pela sociedade e talvez, por isso, não haja serviços suficientes e eficientes”.

De fato parece haver uma espécie de fuga dos problemas de saúde pública, como a doença de Alzheimer por parte do Estado, mas, de acordo com a outra entrevistada, a Sra. “B”, estamos caminhando melhor para esse enfrentamento atualmente. A grande questão que precisa ser abordada é a que pareceu recorrente na fala da primeira entrevistada: a doença de Alzheimer não é uma doença apenas do portador, é uma doença da família.

A família é uma instituição defendida pela Constituição de 1988, a Constituição que dá espaço para a construção do SUS.

É na família que a pessoa recebe as primeiras orientações para a vida coletiva e é neste organismo que os atos de solidariedade e de ajuda mútua acontecem mais recorrentemente. Não sem razão, a família tem deveres constitucionais, como o de assegurar às crianças a sociabilidade, a educação básica e a saúde, bem como o de proteção e cuidado com a pessoa do idoso. (MENEZES, 2008, p. 120)

Se a doença de Alzheimer é uma doença da família e esta é o primeiro núcleo social dos indivíduos, então a doença de Alzheimer é uma doença da sociedade do século XXI como um todo. Nesse sentido, para combatê-la é preciso ultrapassar também a ideia de que não há solução após a instauração do processo de perdas cognitivas no portador. Da mesma forma, é necessário compreender a demência como um processo atualmente irreversível, mas que não deve fazer do paciente uma unidade vazia, sem dignidade.

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca, inseparável de todo e qualquer ser humano, é característica que o define como tal. Concepção de que em razão, tão somente, de sua condição humana e independentemente de qualquer outra particularidade, o ser humano é titular de direitos que devem ser respeitados pelo Estado e por seus semelhantes. É, pois, um predicado tido como inerente a todos os seres humanos. (SARLET, 2002, p. 22)

Como definido no trecho acima, a dignidade do homem só é possível se o Estado e os demais cidadãos a respeitarem. Para possibilitar a manutenção da dignidade do PDA, é preciso desconstruir a ideia de demente, um ser sem mente, e, portanto, sem espírito⁷ e sem capacidade de interagir com o meio. No lugar dessa concepção, seria necessário construir a ideia de demenciado, que sugere um processo que leva a uma doença (a demência) e não um estado inerente de exclusão e perda de valor social.

As políticas públicas do nosso país tendem a entender o PDA como demenciado em vez de demente, mas as ações, como foi ratificado pela entrevistada “B”, ainda estão muito falhas. Dessa forma, cria-se um mosaico de leis que preveem direitos, na verdade, ainda não garantidos e, agravando a situação, não dão condições reais para ações de conscientização da sociedade para compreender o PDA sob a perspectiva humanística e inclusiva supracitada.

Uma das participantes do grupo de apoio da associação de familiares, realizado num hospital público da cidade, manifestou esse ponto de

⁷ Mente é uma palavra originária do latim que significa, entre outras coisas, espírito. O prefixo “d” adicionado à palavra “mente” indica negação, ou inexistência da mente, e, portanto, de espírito. Esse termo denota e conota negatividade aos portadores de demências gerando preconceitos e afastamento da sociedade.

vista, relatando como cuida de sua própria mãe, portadora de doença de Alzheimer:

Ela não está morta. Está perdendo a memória e outras faculdades, mas nós não podemos negar a ela o convívio social. Eu levo minha mãe para todos os lugares comigo, ao cinema, ao restaurante... Deixo que ela veja pessoas e que as pessoas a vejam. Ela tem esse direito, tem sua dignidade e precisa ter qualidade de vida. ("X", participante do grupo de apoio, 2010)

Quando questionada sobre o respeito aos direitos dos idosos PDAs por parte do Estado, a entrevistada "A" disse que, se esse respeito realmente existisse, os centros-dia, e outros serviços, já estariam funcionando e essa não é a realidade, pelo menos não no Rio de Janeiro. Apesar disso, a entrevistada elogiou a política de distribuição de medicamentos que, segundo ela, já está funcionando satisfatoriamente nos CRSIs: Ipub e Hospital Antônio Pedro (UFF), mas acrescentou que ainda há que se caminhar muito para garantir os direitos dos idosos PDAs no estado e no município.

Para a entrevistada "B", a atenção à saúde do idoso está bem embasada pelas leis e tem potencial para tornar-se um serviço que dará conta das necessidades desse grupo populacional. Contudo, a partir de sua grande experiência e atuação na luta pelos direitos dos idosos, afirma que ainda não há no Rio de Janeiro os serviços necessários à principalmente à promoção à saúde do idoso portador de demências, compondo assim mais uma ratificação da fragilidade dos serviços no estado com a maior população de idosos do país, o Rio de Janeiro.

Quando perguntada a respeito das unidades de serviços disponíveis no SUS voltados aos PDAs, a Sra. "B" informou que grande parte se resume à distribuição de medicamentos, como a rivastigmina, distribuída pela Secretária Estadual de Saúde. Afirmou ainda que os únicos CRSIs capacitados para receber PDAs, distribuir remédios cadastrados no estado são: o Ipub, a Unati/Uerj e o "Mequinho",⁸ como chamou o CRSI da UFF situado em Niterói.

⁸ A entrevistada "A" se referiu anteriormente ao CRSI da UFF como Hospital Antônio Pedro, mas o serviço de centro de referência é do "Mequinho", mencionado pela entrevistada "B", que não fica na mesma localidade do Hospital Antônio Pedro.

Um ponto interessante da fala dessa entrevistada foi a crítica ao caráter efêmero das grandes mobilizações pelas discussões sobre a doença de Alzheimer. Segundo ela, eventos assim apenas se intensificam no Dia Mundial de Combate à Doença de Alzheimer (21 de setembro). Nessa data, praticamente todas as instituições que trabalham com idosos e com portadores de demência realizam algum tipo de trabalho voluntário ou atividade visando à conscientização sobre a doença de Alzheimer e doenças relacionadas.

A entrevistada afirmou que, além de todos os problemas enfrentados pelos portadores e seus familiares no que diz respeito ao tratamento da patologia, o diagnóstico é algo muito difícil de ser feito. Porém, atualmente, as escalas Mini Mental e Katz em conjunto com o trabalho de equipes multidisciplinares de profissionais especialistas em geriatria e gerontologia já seriam capazes de dar um diagnóstico menos cego. O que confirma a teoria explicitada no início do trabalho.

A entrevistada “B” seguiu afirmando que, frente à complexidade da doença de Alzheimer, é preciso que seja feito um trabalho bem estruturado de conscientização e para isso seria preciso investir na democratização da informação:

É preciso trabalhar na democratização da informação porque a sociedade desconhece o processo da doença de Alzheimer. Muitos acham que é uma implicância do idoso, enquanto, na verdade, trata-se de uma doença muito grave. E por que isso acontece? Acontece porque não há disseminação da informação. A nossa aposta é nas ações educativas que permitam que o cuidador familiar, ou não familiar, possa entender o processo da doença e estabelecer uma relação sadia com ela. Se não há essa informação, a tendência de encaminhamento para uma relação agressiva entre PDA e cuidador é muito grande simplesmente porque não há compreensão do processo da doença. (ENTREVISTADA “B”)

Ao lado da ampliação da informação sobre a doença de Alzheimer, a entrevistada coloca a prevenção e a promoção da sociabilidade do PDA como grandes apostas para combater a doença e as atribulações por ela provocadas no seio das famílias. Ela diz que os centros de convivência são “a fórmula” para manter os PDAs ativos e assim assegurar sua dignidade

enquanto seres sociáveis e sujeitos da própria saúde até que não o possam mais. Parece uma visão pessimista, mas a Sra. B apenas confirma o que Nuland (1995) disse sobre o envelhecimento e a morte: ambos são processos naturais. Cabe à sociedade apenas zelar pelo bom envelhecimento.

Quanto mais investimentos em sociabilidade, de forma geral, teremos maiores chances de garantir um envelhecimento saudável e ativo e assim conseguiremos empurrar ao máximo essas doenças para o final da vida, que, afinal, sempre acaba chegando. A questão maior é notarmos que o envelhecimento é natural. Poderemos lutar por um processo mais tranquilo e saudável de envelhecimento, mas a degeneração do corpo é inevitável. Seria uma grande ilusão achar que iremos ficar velhos sem rugas. Hoje a nossa grande aposta na luta contra as demências, e contra a doença de Alzheimer especificamente, é a proposta dos centros de convivência. (ENTREVISTADA “B”)

A partir de todas as informações coletas é possível apresentar o seguinte quadro sintético dos serviços estaduais para o PDA no Rio de Janeiro:

SERVIÇO/ INSTITUIÇÃO	Unati	IPUB	Mequinho	Secret. Est. RJ
Centro de Referência	X	X	X	
Dispensação de fármacos	X	X	X	X

CONCLUSÃO

Fica evidente, portanto, que a prestação de serviços de saúde no Rio de Janeiro voltados para os portadores de demência está longe do ideal se forem considerados os valores de prevalência atual e as estimativas para os próximos quarenta anos no estado. Resta saber se há interesse político

para um planejamento capaz de corresponder a essa demanda real e urgente da população não só carioca, mas também nacional.

Em análise superficial do painel histórico da economia e da política nacional, o fortalecimento da agenda neoliberal no Brasil fez com que o sistema previdenciário ficasse cada vez mais precário. A tendência de reduzir a atuação do Estado na previdência, infelizmente, parece se manter na atualidade, exemplo disso é que as Políticas imediatistas ganham cada vez mais força, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), enquanto a aplicação eficiente das políticas de aproximação e acompanhamento direto da saúde da população, como a Estratégia da Saúde da Família e a proposta dos HDs, continuam a ser proteladas (SILVA JÚNIOR; ALVES 2007).

Para pensar na melhoria das Políticas de Atenção à Saúde dos PDAs, não se pode admitir apenas um cuidado baseado no hospital do modelo flexneriano, no qual se prioriza a cura por meio de fármacos e a amenização dos sintomas – um comportamento condizente com o modelo econômico adotado pelo país na contemporaneidade. No caso da doença de Alzheimer, uma doença que exige acompanhamento diário feito por pessoas preparadas para lidar com suas diversas consequências, a situação se torna insustentável.

É preciso considerar que, no processo da doença o paciente e seus familiares sofrem danos emocionais graves e, por isso, a doença de Alzheimer exige a disponibilidade e qualidade de muitos serviços de atenção à saúde que estão muito além do hospital e dos medicamentos.

Para que o PDA e sua família tenham qualidade de vida, é preciso que as políticas públicas de saúde tomem a frente do movimento de inclusão, de preservação da dignidade e da autonomia desse cidadão enquanto o seu corpo lhe permitir. Isso só é possível através de ações que aproximem e que promovam a acessibilidade do portador ao SUS.

Nessa perspectiva, se o demenciado continuar sendo tratado como dementado, ele permanecerá entregue a uma sobrevivência extremamente aquém do mundo a sua volta, excluído num processo de verdadeira “coisificação do homem”. Portanto, é preciso preservar a complexidade e dignidade humana social para que não se deteriorem e se reduzam a capacidades intelectuais puramente produtoras de valor comercial.

Um caminho para essa preservação é este, que já possui bases constitucionais no território brasileiro: uma saúde pública eficiente para todas as faixas etárias. Para isso, as famílias não devem desistir de procurar ajuda e lutar pelos seus direitos e de seus entes queridos; e o Estado deve zelar pelas determinações da lei criadora do SUS e pela priorização do setor de saúde, entendendo que sem a promoção do bem-estar físico, psicológico e social o funcionamento igualitário da sociedade fica comprometido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

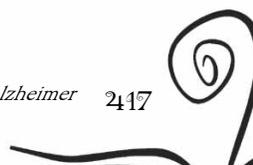
BOTTINO, Cássio M. C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 70-79, mar. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. *Estatuto do idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994: dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 77, 5 jan. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 2 mar. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 670-673, 24 set. 2010.

_____. _____. _____. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf. Acesso em: 2 mar. 2012.



CARVALHO, Maria Cecília de Araújo. *Sobre a formação teórico-clínica de médicos psiquiatras: um estudo na rede de saúde de Niterói*. 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

GROISMAN, Daniel. *Sobre a amnésia, ou melhor, sobre a memória*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

KELLY, Evelyn B. *Alzheimer's Disease*. Nova York: Infobase, 2008.

LEBRA, Maria Lúcia. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 47, p. 23-26, abr. 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2010.

LIMA, Maria Cristina P.; BOTEGA, Neury José. Hospital-dia: para quem e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 195-199, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2010.

MACHADO, João Carlos Barbosa. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260-279.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. A família na Constituição Federal de 1998: uma instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. *NEJ – Novos Estudos Jurídicos*, v. 13, n. 1, p. 119-130, jan.-jun. 2008.

NULAND, Sherwin B. O mal de Alzheimer. In: _____. *Como morremos: reflexões sobre o último capítulo da vida*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p. 107-135.

SACKS, O. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SARLET, Wolfgang Ingo. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2011

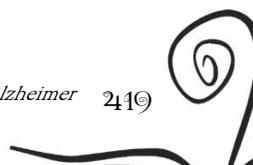
SILVA, Marleth. *Quem vai cuidar dos nossos pais? A inversão de papéis quando a idade avança*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007.

SOUZA, Priscilla Alfradique de et al. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 588-595, dez. 2008.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 544-554, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2010.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan.-jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2010.



IMPACTOS AMBIENTAIS DOS ESTALEIROS DA ILHA DA CONCEIÇÃO SOBRE A BAÍA DE GUANABARA

Lorena Portela Soares¹

A baía de Guanabara está localizada no estado do Rio de Janeiro e é a segunda maior do litoral brasileiro. Apesar de sua importância social, econômica, cultural e ambiental, é uma das regiões costeiras mais degradadas do país, e esse estado remete a um processo de ocupação iniciado no século XVI, baseado na exploração de recursos naturais, seguido pelo modelo agroexportador e posteriormente pelo urbano-industrial, chegando ao atual período de economia globalizada (AMADOR, 1997).

O ser humano é a espécie que mais interfere na natureza e a história de ocupação da baía corrobora essa afirmação. Não se pode negar que essa capacidade de modificar o meio foi fundamental para sua sobrevivência, mas, entretanto, com o passar dos anos a sua atuação sobre o ambiente extrapolou em muito as necessidades de produção e reprodução de sua existência; a tecnologia e o desenvolvimento industrial modificaram a forma de relacionamento do homem com a natureza em tal profundidade que a dicotomia que já vinha sendo estabelecida entre os dois foi ampliada e aprofundada como relação de dominação, sobretudo nos últimos dois séculos.

Em face dessa crise ambiental mundial amplia-se a necessidade de discutir tópicos em meio ambiente de caráter global, mas também de aprofundamento de estudos e busca de soluções para problemáticas locais. Nesse contexto, surgiu o questionamento sobre as principais implicações ambientais ocasionadas pela atividade de construção e reparo naval rea-

¹ Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Engenharia de Recursos Hídricos e Meio Ambiente na Universidade Federal Fluminense (UFF) e trabalha como Técnica de Vigilância em Saúde no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC)/Fiocruz. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Paulo Henrique Barbosa de Andrade (mestre em Educação), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: lorena.portela@ipecc.fiocruz.br

lizada por estaleiros, presentes desde o século XIX na baía de Guanabara. Assim, esta pesquisa estuda a contribuição potencial de poluição dos estaleiros localizados no bairro da ilha da Conceição, Niterói, sobre as águas e biota da baía de Guanabara. Os impactos ambientais foram estimados através de um levantamento das atividades realizadas por estaleiros e pelos efeitos negativos das substâncias envolvidas nessas atividades, sendo selecionados o tributilestano (TBT), os metais pesados chumbo, cádmio, zinco, cobre e cromo e a poluição por óleos.

A atividade da construção naval ganhou maior relevância no Brasil a partir de meados de 1950, num contexto político-econômico de modernização e urbanização do país. Na década de 1970 ela atingiu seu auge e cerca de dez anos depois entrou em um forte quadro de crise, mas, mesmo que quase estagnada por vários anos, nunca deixou a ilha da Conceição.

No primeiro auge dessa indústria não havia grandes preocupações sobre as consequências da atividade ao meio ambiente, porém hoje há uma movimentação geral entorno do tópico ambiental – o assunto ganhou mais importância na opinião pública e há mais recursos e interesse disponíveis para desenvolvimento do tema, ainda que permaneçam insuficientes.

Em Niterói, a atividade dos estaleiros movimenta a economia e gera empregos, sendo incentivada pelo governo municipal. No entanto, percebe-se a escassez de estudos sobre os impactos da produção naval no município, uma necessidade que aumenta conforme essa indústria se fortalece.

Assim sendo, o presente trabalho aborda um problema ambiental de magnitude local que resulta do modelo global de desenvolvimento estabelecido, este que reproduz a concepção deformada sobre a natureza predominante na sociedade capitalista, onde está inserido. É importante salientar que a degradação gerada por esses estaleiros é apenas uma fração da totalidade de fontes poluidoras da baía de Guanabara e, de fato, torna-se pequena se comparada às outras causas de sua destruição. Mas de modo algum essa atividade é irrelevante, uma vez que suas consequências não são amenizadas pela existência de impactos mais graves.

Este trabalho se baseou na definição de impacto ambiental dada pela resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) nº 001/1986,

que o caracteriza como “qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas de meio ambiente, causada por qualquer forma de matéria ou energia resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente, afetam (entre outros fatores): a biota; a qualidade dos recursos ambientais; as condições estéticas e sanitárias do meio ambiente”.

Para expor os selecionados fatores que estão em interação no ambiente da baía de Guanabara e seus impactos é importante esclarecer o significado da mesma como território. Santos (2005) diferencia o território usado, sinônimo de espaço geográfico e de espaço habitado, do território como recurso. O primeiro é o próprio uso do território, definido como objetos e ações, como o abrigo de todos os homens, instituições e organizações, que faz a mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local. Já o território como recurso é o território de interesse das empresas, formado por redes entre o lugar que controla e o que é controlado, uma forma de união fragmentada que traz desordem às regiões onde se estabelece.

Essa diferenciação é necessária, pois a baía – bem como a ilha da Conceição – se constitui por essas duas formas de território. As empresas e indústrias que elas abrigam estão sob vários aspectos em contraste com as necessidades de uso das mesmas pela população local e biota presente. Não se trata de simplesmente culpabilizar os estaleiros, mas reconhecer que estes, sendo unidades empresariais, priorizam seus interesses no uso do espaço em que se inserem e disso decorrem os prejuízos ao ambiente, que incluem os efeitos negativos à população moradora do entorno, especialmente aos habitantes da ilha da Conceição, e também ao ecossistema marinho da baía de Guanabara, sobre qual serão abordados os danos.

Assim, o trabalho está dividido em três principais momentos: o primeiro é a caracterização, separadamente, da baía de Guanabara, da ilha da Conceição e da atividade da construção naval – que são explicitamente relacionados na segunda parte do trabalho. Nesta, são apresentados os estaleiros e suas atividades ambientalmente impactantes, e no terceiro momento é feita a caracterização das substâncias presentes nessas atividades e os possíveis efeitos das mesmas sobre a vida aquática.

A baía de Guanabara

Uma baía é por definição o local em que o mar entra na costa de um continente, delimitado por uma estreita abertura. A baía de Guanabara possui uma superfície original de 468 km² (incluindo suas ilhas), dois quais restam hoje 371 km² (houve uma perda de mais de 20% de sua área como resultado de diversos aterros). A origem da baía remonta à separação da face oriental brasileira com a ocidental africana, no Período Cenozoico. Seu volume total de água estimado é de 3,06x10⁹ m³, sua largura máxima é de 29 km e sua profundidade média atual é de 5,7 m.

A Bacia Hidrográfica da Baía de Guanabara abriga todos os rios que desembocam na baía e todas as bacias que a circundam, englobando praticamente toda a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde estão 16 municípios fluminenses, com cerca de 9,6 milhões de habitantes. Uma bacia consiste num conjunto de rios que correm para um mesmo destino, incluindo as águas subterrâneas e toda a região drenada por eles. Com uma área de 4.081km² (excluindo a própria baía), a Bacia Hidrográfica da Baía é formada por 25 bacias e sub-bacias e 55 rios e riachos. A grande maioria desses rios sofreu modificações irremediáveis, com a retificação de seu curso, canalizações, drenagens e dragagens, e assim estes se reduziram a meros condutores de efluentes até a baía, o que traz também sérios problemas de saúde pública para a população fluminense.

Diversos foram os acontecimentos determinantes da situação atual da baía de Guanabara, porém o marco principal para sua degradação foi segundo Amador (1997) a década de 1950, quando se consolida no país o modelo urbano-industrial e o processo de urbanização se intensifica. Nesse período, foi feita uma série de aterros na baía e houve uma expansão do parque industrial em suas áreas periféricas para suprir as demandas das grandes obras rodoviárias realizadas (como a Ponte Rio–Niterói). Unindo a esses fatores um crescimento demográfico desacompanhado de planejamento urbano, as águas da baía passaram a receber maiores cargas de metais pesados, fenóis, óleos e matéria orgânica.

O processo desordenado de urbanização implica uma ocupação predatória do solo e a deficiência nos sistemas de escoamento dos resíduos urbanos. A ocupação do solo na área de influência da baía deu-se

por meio de diversos aterros, que destruíram ecossistemas circundantes e alteraram o sistema de circulação hídrica reduzindo a capacidade de auto-depuração de suas águas, e também pela tomada de encostas e margens de rios que desmatou florestas e matas ciliares, acelerando o processo erosivo que contribui para seu assoreamento.

Entre os programas que surgiram a partir de 1960 na tentativa de melhorar a situação ambiental do corpo hídrico, o que ganhou maior repercussão pública foi o Programa de Despoluição da Baía de Guanabara (PDBG), que teve início na década de 1980 e alocou recursos financeiros significativos, mas trouxe poucos resultados efetivos, pois foi formulado com base numa concepção “sanitarista” de intervenção na natureza, abordagem profundamente arraigada no aparelho do Estado e que ainda predomina nas ações atuais.

Diante de todos esses impactos e pelo fracasso dos programas ambientais desenvolvidos, apesar de considerada Área de Preservação Permanente (APP) pela Constituição Estadual de 1989 (artigo 268, VII), a baía de Guanabara vem sendo conduzida a uma situação limite, com o acentuado declínio da qualidade da água, que afeta a balneabilidade das praias e leva à perda da biodiversidade.

Diante disso, a ilha da Conceição foi o local escolhido para estudo de caso, objetivando ilustrar de forma mais profunda a complexidade do ecossistema da baía e as potenciais consequências para o mesmo decorrentes da atividade naval presente no bairro.

A ilha da Conceição

A ilha da Conceição é um bairro localizado na região norte do município de Niterói, estado do Rio de Janeiro. Com 0,98km² de área, sua configuração atual é resultante da ligação de duas ilhas menores, em 1927. Sua população residente é predominantemente adulta e com população economicamente ativa constituída principalmente de pescadores e operários navais. Uma estimativa realizada em 2008 pelos profissionais do Programa Médico Família que atua no bairro aponta em 8.000 o número de habitantes e em 2.016, o de domicílios.

Desde o período auge da atividade naval estabeleceu-se uma relação de interdependência entre o bairro e as suas indústrias, que permanece nos dias atuais: a ilha fornece uma estrutura, formada ao logo do século XX, que permite o bom desenvolvimento do setor naval e, por outro lado, a própria dinâmica social do bairro gira em torno desta atividade econômica. A primeira instalação naval ocorreu em 1908 e com a construção do porto de Niterói, em 1925, a indústria consolidou-se e se tornou sua principal atividade, juntamente com a pesca.

A população moradora da ilha é diretamente afetada pela atividade naval. O fluxo migratório de trabalhadores do setor, por exemplo, torna o tráfego mais intenso e aumenta a demanda dos serviços de saúde local, criando a necessidade de replanejamento das ações e do atendimento na atenção básica. Além disso, a pesca artesanal, tradicional atividade no bairro, está em doloroso processo de regressão, pois tem cada vez mais seu espaço perdido para estaleiros, já sendo prejudicada pelos atuais níveis de poluição da baía de Guanabara e pela indústria de exploração do petróleo. Sem a união em associações ou federações, os pescadores da ilha não recebem nenhum apoio do governo municipal, têm poucas condições para fazer a manutenção de seus equipamentos e enfrentam dificuldades para se sustentarem.

A indústria da construção naval

Estaleiros estão inseridos na cadeia produtiva da construção naval, responsáveis pela construção e reparação de navios e embarcações. No Brasil, a construção naval é ativa desde o período colonial, sendo que o primeiro estaleiro foi fundado em meados do século XIX pelo barão de Mauá, na localidade de Ponta da Areia, em Niterói. Atividade historicamente concentrada no Rio de Janeiro, desde a sua descoberta pela expedição de Américo Vespúcio em 1502, a baía de Guanabara é região de abrigo, recuperação e construção de navios.

De 1890 ao final da década de 50 do século seguinte a atividade naval entrou em decadência e se reergueu a partir do Plano de Metas desenvolvido pelo presidente Juscelino Kubitschek. No auge da atividade, entre os anos 1970 e 1975, o país se tornou o segundo parque mundial de

construção naval. O cenário interno de dificuldades econômicas, unido à crise mundial do petróleo, acabou por conduzir a atividade a um intenso quadro de crise em meados dos anos 1980, intensificado ao longo dos anos 1990, quando se registrava apenas 500 trabalhadores no setor em todo o país. Entretanto, em 2000 a produção naval foi retomada, tendo como causa principal a intensificação da atividade petrolífera brasileira, que passou a demandar mais ações de reparo e construção de plataformas e de suas embarcações de apoio.

Hoje, a baía de Guanabara é a região que concentra o maior número de empresas do setor porque é um local estratégico para a atividade, estando próxima aos maiores portos brasileiros e às principais bacias de extração de petróleo. Diante do novo crescimento da indústria na região, o município do Rio de Janeiro apresenta alguns impasses à instalação de estaleiros como a pouca disponibilidade de terras e a baixa profundidade nas águas dos seus arredores, e com isso cada vez mais empresas se direcionam à cidade vizinha, Niterói.

O município de Niterói abriga hoje 25% do parque produtivo da indústria naval brasileira. Com uma população estimada em 479.384 habitantes, é hoje o maior empregador no setor naval:² dos 45.300 mil empregos no país, 10.367 funcionários concentram-se em Niterói. A prefeitura de Niterói incentiva a indústria uma vez que esta é geradora de empregos e tributos para o município, sendo atualmente a principal atividade econômica na cidade.

A ilha da Conceição é o bairro que concentra o maior número de estaleiros, em sua maioria oficinas de pequeno porte que prestam serviços de reparação naval da frota pesqueira, de embarcações portuárias, rebocadores e navios, e constroem embarcações e estruturas flutuantes como faróis, dragas e diques. Recentemente vem ocorrendo no bairro um crescimento do setor offshore (produção de linhas para plataformas de petróleo).

A figura abaixo mostra a localização dos estaleiros da ilha da Conceição, incluindo as pequenas empresas que terceirizam seus serviços

² Segundo levantamento feito pelo Sindicato Nacional da Indústria da Construção Naval e Offshore (Sinaval) em maio de 2009.

para outras maiores (ver ilustração 1). Pelo levantamento feito foram encontrados 49 estaleiros, e identificados seus nomes e endereços. O endereço considerado foi aquele do setor administrativo de cada unidade empresarial, que não está necessariamente no mesmo espaço físico da área de produção. Estaleiros com endereço coincidente estão ilustrados com círculo em maior tamanho.

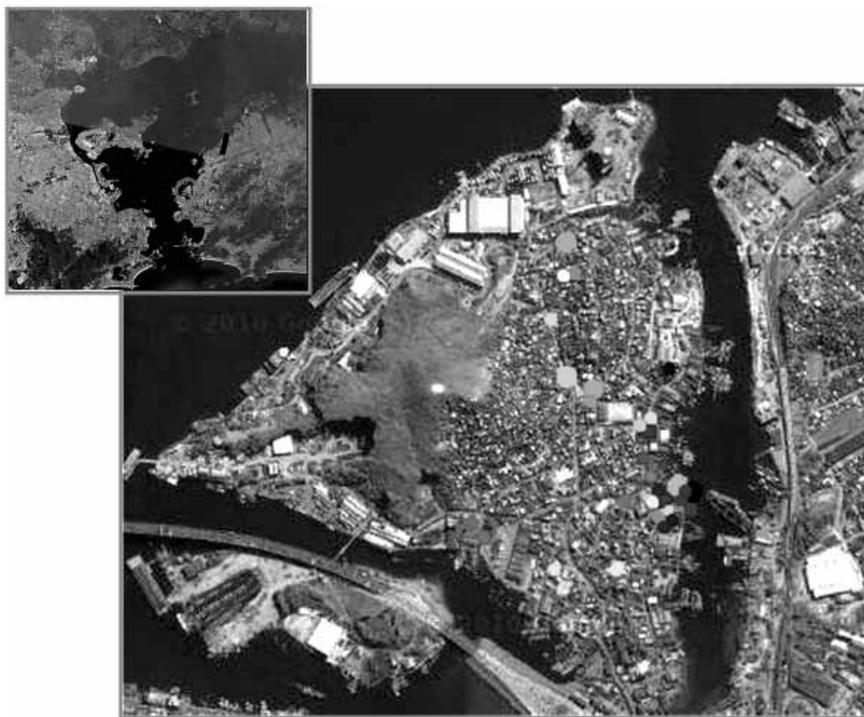


Ilustração 1 – Baía de Guanabara, acima, com a ilha da Conceição destacada.
Mapeamento dos estaleiros do bairro da ilha da Conceição, Niterói.
Fonte: GOOGLE MAPS.

Conhecidos os estaleiros e sua localização, são expostas a seguir as atividades potencialmente impactantes realizadas por eles como um todo.

Atividades ambientalmente impactantes dos estaleiros da ilha da Conceição

Fazendo uma retrospectiva da história da indústria naval no país observa-se que, da mesma forma que os trabalhadores da área nunca tiveram a segurança em seu ofício garantida, tampouco priorizada, durante a maior parte da história da construção naval ou o mérito ambiental foi inexistente ou o cumprimento das leis e regulamentos ligados à proteção do meio ambiente foi negligenciado.

No entanto, com o crescimento geral da importância dada aos problemas ambientais contemporâneos, esse quadro vem se modificando. Produto das pressões governamentais e importante recurso na formação de uma boa imagem pública, fato é que a questão ambiental tornou-se um tópico relevante na contratação de um serviço. Os padrões de produção internacionais incluem, cada vez mais, a qualidade do meio ambiente, o que vem levando empresas de construção naval a buscarem sua adequação ambiental.

No Brasil, normas como as desenvolvidas pela International Organization for Standardization (ISO) são reguladas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Adquirir uma norma implica o cumprimento dos seus requisitos e indica que determinado empreendimento segue os padrões por ela instituídos. Os estaleiros vêm tendendo à adoção da ISO 14001, que tem como foco a proteção ambiental e a prevenção da poluição.

Atualmente, não há fiscalização permanente da atividade dos estaleiros de Niterói: a ação governamental está mais restrita ao processo de licenciamento ambiental, fornecido tanto pela Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Niterói (SMARH) como pelo Instituto Estadual do Ambiente (INEA), e a constatação de infrações ocorre principalmente por meio de denúncias. Para além das mencionadas “exigências de mercado”, para que as empresas tomem providências de adequação legal é necessário um órgão ambiental atuante, que além de conceder a licença fiscalize a atividade industrial, fazendo uso dos instrumentos do Sistema de Meio Ambiente de seu nível de poder.

As principais atividades potencialmente impactantes ao meio ambiente realizadas pelos estaleiros da ilha da Conceição estão reportadas a seguir, e detalhadas após:

- 1) Ocupação e consumo da terra nas margens da ilha da Conceição;
- 2) Abandono de embarcações nos estaleiros;
- 3) Dragagem;
- 4) Construção e manutenção de embarcações;
 - 4.1) Docagem;
 - 4.2) Limpeza dos tanques de combustível de embarcações e hidrojetamento;
 - 4.3) Aplicação e remoção de revestimentos anti-incrustantes e anticorrosivos.

1) Ocupação e consumo da terra nas margens da ilha da Conceição

Toda atividade industrial causa algum estresse no espaço de terra que ocupa, e no caso de uma ilha a agressão tem inevitavelmente reflexos sobre o mar. Os estaleiros ocupam quase toda a margem da ilha da Conceição, uma vez que os empresários compraram as terras de pescadores ao longo dos anos e fizeram uma série de aterros para sua instalação. As modificações na orla da ilha ocorrem até hoje com aterramentos das margens, muitas vezes feitos de forma negligente, sem concessão governamental.

A ocupação do solo na orla leva à eliminação da vegetação natural característica, estimula processos erosivos e no caso dos aterros traz mudanças nas características de drenagem. Todas as praias do bairro foram tomadas gradativamente, e as águas da baía de Guanabara, que atingiam pontos mais altos da ilha nos períodos de cheia, foram recuadas. As áreas de manguezais da ilha, fundamentais para a dinâmica da vida marinha, ou foram destruídas para ocupação antrópica ou se encontram desconfiguradas, prejudicadas também pela poluição das águas da baía de Guanabara.



Ilustração 2 – Cais pesqueiro na ilha da Conceição. Atente-se para as embarcações abandonadas, ao fundo, e para o lixo presente na margem, em um local de manguezal.

Fonte: Acervo pessoal, nov. 2009.

2) Abandono de embarcações nos estaleiros

Um dos problemas ocasionados em longo prazo pela atividade naval na baía de Guanabara são as chamadas embarcações fantasmas, velhos barcos que são abandonados nas águas quando sua navegação já não é mais possível (navios tem um tempo médio de vida de 30 anos). Num levantamento feito em 2005 pelo Plano de Gestão Costeira da Baía de Guanabara (PGCBG), há pelo menos 45 embarcações nos arredores da ilha da Conceição, largadas pelos estaleiros e também como resqúcio da atividade pesqueira.

Os riscos ambientais oferecidos pelas embarcações parcial ou totalmente naufragadas incluem o vazamento dos resíduos de óleo diesel e óleo combustível remanescente em seus tanques; o processo corrosivo de deterioração de seus cascos, com a possibilidade de contaminação da água pelas substâncias presentes nas tintas anti-incrustantes e anticorrosivas; e a retenção de sedimentos pelos navios naufragados que tocam o

fundo da baía, contribuindo para o assoreamento. Os barcos e carcaças aglomerados levam à estagnação da água no local, e ainda ocasionam a proliferação de vetores como ratos e mosquitos.

Em 2008 foi iniciada no âmbito do PGCBG uma operação para retirar essas embarcações, que está incorporada ao Programa de Limpeza da Baía de Guanabara de retirada do lixo flutuante. Alguns estaleiros da própria ilha auxiliam no processo, e o material recolhido é levado para aterros sanitários, doado ou vendi

3) Dragagem

Na baía de Guanabara, os sedimentos de fontes naturais são hoje inexpressivos quando comparados ao proveniente da atividade antropogênica – em especial a industrial. A baía recebe elevados teores de matéria orgânica, lixo, resíduos de poluentes e metais pesados, de forma que seu sedimento de fundo possui esses materiais adsorvidos a ele, o que agrava o assoreamento do corpo hídrico.

O entorno da ilha da Conceição, especialmente a face voltada para a costa niteroiense, é um dos locais de maior assoreamento da baía, com taxas de 4 a 5 cm/ano, pois em áreas restritas como estaleiros a circulação das águas é baixa, criando-se locais preferenciais para a deposição de poluição (VILELA et al., 2004). Como consequência, a dragagem muitas vezes torna-se necessária para a instalação de estaleiros e para que os já existentes possam receber navios de maior porte.

A dragagem é uma técnica de desobstrução ou escavação de materiais do fundo de um corpo de água para aumentar sua profundidade. A remobilização de partículas causada pela dragagem pode fornecer um excesso de nutrientes a organismos filtradores, contribuindo para a eutroficação, e disponibilizar contaminantes para a coluna d'água (Universidade Federal do Espírito Santo, 2006). A dragagem pode ainda eliminar habitats pela escavação e remover organismos bênticos (que vivem associados ao sedimento, como moluscos, equinodermos, crustáceos, algas e algumas espécies de peixes). As espécies aquáticas também são afetadas pelo barulho da atividade e pela posterior deposição do material suspenso, que pode as sufocar.

Perin et al. (1997) sugerem a necessidade de evitar a perturbação do sedimento de fundo da baía de Guanabara por dragagem ou outro procedimento apontando como consequência a rápida deterioração do meio ambiente. Entretanto, não existem muitas alternativas à dragagem: ela é um mecanismo necessário à atividade naval. Sendo assim, é importante que seja feita seguindo corretamente todos os procedimentos ambientais estipulados para minimizar os seus impactos. Segundo a resolução Conama nº 237/1999, a realização de dragagem está sujeita ao licenciamento ambiental, fornecido pelo INEA (no caso dos estaleiros de Niterói). Outro documento, a resolução Conama nº 344/2004, estabelece os valores máximos de concentração de componentes do material a ser degradado que permitam sua disposição em águas, que serão apresentados mais a frente.

4) Construção e manutenção de embarcações

O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) classifica a indústria de material de transporte (que inclui a fabricação e reparo de embarcações e estruturas flutuantes) como de médio potencial poluidor/grau de utilização.³ Entre as atividades de construção e manutenção, a primeira é a que mais contribui para a produção de resíduos sólidos, enquanto a segunda é a principal responsável pelos impactos toxicológicos em ecossistemas aquáticos (FET; MICHELSEN; JOHNSEN, 2000).

Hayman et al. (2000) apontam que os impactos ambientais do processo de construção de navios são muitas vezes ignorados quando se considera todo o ciclo de vida da embarcação. No entanto, as consequências têm significância numa perspectiva local e podem trazer em longo prazo efeitos nocivos de importância global, como a redução da biodiversidade.

4.1) Docagem

A docagem consiste na manobra de assentamento de navios no dique, uma espécie de compartimento escavado junto de portos e estaleiros, próprio para receber embarcações que necessitam de limpeza ou reparação. Em locais como a baía de Guanabara, com grande circulação de embarcações, há maiores riscos de colisão tanto durante a navegação

³ Presente no anexo VIII da lei nº 6.938/1981 – Política Nacional do Meio Ambiente.



quanto na atividade de docagem, entre navios ou entre navios e a costa. Essas colisões podem resultar em acidentes ambientais pelo derramamento de óleo e outros produtos químicos presentes no navio sobre a água. Nas camadas próximas aos estaleiros da ilha da Conceição o risco de acidentes durante a docagem é maior pelo grande número e proximidade de empreendimentos.



Ilustração3 – Estaleiro na ilha da Conceição: alta concentração de embarcações e ocupação da margem.

Fonte: Acervo pessoal, set. 2008.

4.2) *Limpeza de tanques de combustível e hidrojateamento*

Enquanto está no dique, uma das etapas de reparo da embarcação é a limpeza do tanque, quando são retirados os resíduos de óleo do mesmo. Se o processo de lavagem do tanque não for feito de forma adequada, ou seja, se o óleo não for devidamente captado para posterior descarte, muito provavelmente ele terá como destino final a água do mar. Nesse caso, ocorrerão prejuízos ambientais não só pelo derramamento de hidrocarbonetos (componentes dos óleos derivados do petróleo) como pelos produtos químicos usados para retirá-lo do tanque. O ideal é que o óleo remanescente

dessa atividade seja armazenado e entregue a companhias de reciclagem, que o utilizarão como matéria prima para outros produtos.

Assim como a retirada de óleo dos tanques, o jateamento de água faz parte do processo de limpeza de uma embarcação. Quando um navio é colocado no dique seco, ele é lavado com um jorro de água doce que remove o sal, para prevenir a corrosão, e que retira camadas antigas de revestimento, para que possa ser realizada uma nova aplicação, quebrando a tinta removida dos cascos em pequenas lascas. A água do hidrojateamento vai diretamente para a baía, e as partículas de tinta se espalham ainda mais facilmente no corpo aquático.

4.3) Aplicação e remoção de revestimentos anti-incrustantes e anticorrosivos

Os cascos dos navios imersos no mar estão sujeitos ao ataque de organismos incrustantes como cracas, mexilhões e algas, que se fixam a eles e diminuem significativamente sua eficiência operacional. Para evitar o acúmulo desses animais nas estruturas o casco é protegido com revestimentos anti-incrustantes, principalmente tintas, com a qual é recoberto periodicamente. De forma análoga, para retardar os processos corrosivos acelerados pela salinidade das águas, a superfície é coberta com metais específicos aplicados na forma de revestimento/tinta.

No processo de acabamento com tintas, a cada pintura são liberados solventes na atmosfera contendo compostos orgânicos voláteis e poluentes atmosféricos perigosos, que contribuem para a destruição da camada de ozônio e prejudicam os trabalhadores continuamente expostos, atuando sobre o sistema nervoso central como depressores, estando também relacionados à incidência de leucemia.

Além das emissões atmosféricas, há prejuízos ambientais pelo uso de revestimentos com propriedades anti-incrustantes e anticorrosivas, que contém substâncias tóxicas como o tributilestanho (TBT), chumbo, cobre, zinco, cromo e cádmio. A utilização dessas tintas traz consequências negativas ao ambiente marinho, pois todo o seu teor tóxico é liberado diretamente na coluna d'água onde se encontra a embarcação em que foram aplicadas.

Substâncias químicas e seus impactos

Abaixo estão expostos produtos químicos presentes nas diferentes atividades dos estaleiros descritas anteriormente, com o esclarecimento de seu uso, os principais riscos que cada um oferece à baía de Guanabara e a sua biota, bem como algumas leis que regulamentam sua utilização. As substâncias e compostos selecionados foram: tributilestanho e metais pesados (presentes em tintas e revestimentos para embarcações) e hidrocarbonetos (presentes em óleos e combustíveis de embarcações).

É importante mencionar que a redução ou morte das espécies descritas afeta toda a teia alimentar dos ecossistemas que integram a baía. Porém, dada a complexidade dessas relações, foram abordados de forma pontual aqueles organismos com potencial de serem diretamente afetados pelos poluentes, sem que isso diminua a importância dos desdobramentos decorrentes dessa exposição individual.

Tributilestanho

O tributilestanho (TBT) é um dos compostos orgânicos do metal estanho, chamados abreviadamente compostos organoestânicos (OEs). Os OEs são aplicados como biocidas em diversas áreas, e o tributilestanho é considerado a substância mais tóxica produzida pelo homem que já foi deliberadamente introduzida no ambiente marinho, incorporado em 1961 como princípio ativo de tintas anti-incrustantes.

Quando uma embarcação entra em contato com a água, o TBT é liberado para o meio através do movimento da água sobre a superfície da tinta, num processo eficiente por até cinco anos. A poluição ambiental por esses compostos é mais acentuada nos locais com grande número de embarcações paradas como a baía de Guanabara, que abriga portos, marinas e especialmente estaleiros, onde a substância é aplicada e retirada. Já em alto mar o biocida é diluído em um grande volume de água, o que ameniza sua ação prejudicial.

O maior impacto ecológico do uso de tributilestanho se dá sobre os organismos aquáticos, por exposição direta ou alimentação. Diversos estudos (IGUCHI; YOSHINAO, 2008; FERNANDEZ et al., 2002; FERNANDEZ et al., 2005) demonstraram os efeitos tóxicos dos OEs em espécies

marinhas além daquelas que aderem aos navios, como moluscos, algas e zooplânctons. O TBT tem um potente efeito sobre a atividade genética originando uma série de mutações, e ainda propriedades de bioacumulação e biomagnificação (acumulam-se na cadeia alimentar, com aumento de sua concentração ao longo da mesma), pois como é uma substância desenvolvida pelo homem, não há nos seres vivos reações químicas que permitam sua degradação.

O TBT foi apontado como responsável pelo surgimento de órgãos sexuais masculinos em fêmeas de caramujos (da classe gastrópode) e em ostras (da classe bivalve). Esse fenômeno, chamado pseudo-hermafroditismo (ou *imposex*), afeta animais submetidos a concentrações de TBT até mil vezes menores (cerca de 1ng/L) que de outros poluentes conhecidos por interferirem no desenvolvimento sexual.

Um levantamento químico-biológico em Fernandez et al. (2005) revelou níveis elevados de imposex nas populações da espécie *Stramonita haemastoma* na baía de Guanabara, e concentrações de tributilestanho entre 10-522ng/g nos seus sedimentos. Fernandez et al. (2002) também constatou imposex no molusco *Thais haemastoma* e a acentuada redução de sua população na região da baía em comparação com a época anterior ao início do uso de tributilestanho em tintas.

Com a evidência dos efeitos nocivos dos compostos organoestânicos vários países passaram a regulamentar ou banir o uso de produtos anti-incrustantes, a partir da década de 1980. Em 2007 foi desenvolvida no Brasil a Norma da Autoridade Marítima (NORMAN) 23, que proibiu a aplicação de sistemas anti-incrustantes que contenham OEs em todas as embarcações brasileiras e estrangeiras que docarem no país, bem como o alijamento no mar dos resíduos (como cracas e fragmentos de tinta) gerados por esses sistemas, que devem ser coletados nos estaleiros e receber destinação final adequada em terra.

Após o banimento do TBT a contaminação na coluna-d'água, nos sedimentos e nos organismos tem diminuído, mas os maiores registros de TBT ainda são encontrados nos sedimentos próximos a estaleiros e estações portuárias.



Metais pesados

Metais pesados são constituintes da água do mar e alguns são essenciais para o sistema aquático, porém nas regiões com grande industrialização a sua entrada por atividades antropogênicas altera drasticamente as concentrações naturais do meio.

Há uma série de fatores que influenciam no grau do impacto que a emissão de metais pesados causa a um corpo-d'água, como o teor de oxigênio e de matéria orgânica presentes, componentes climáticos e o padrão de circulação de suas águas. Para a determinação exata das consequências desses metais no ecossistema da baía de Guanabara todas essas variáveis devem ser analisadas detalhadamente.

Para a estimativa qualitativa a que esse trabalho se propõe, no entanto, partiu-se da constatação da presença de concentrações relevantes desses poluentes na baía – e, quando possível, nas proximidades da ilha da Conceição –, para considerar que seus impactos sobre o meio são negativos. Os metais foram caracterizados e apontados os possíveis (bem como os já comprovados) impactos dos mesmos para seres da baía de Guanabara.

Metais existem de formas variadas na água e a forma como estão associados pode ser revertida – nem todos eles são igualmente reativos, tóxicos ou disponíveis para a biota (WARREN; HAAK, 2001). Como a maioria dos metais é insolúvel em águas com pH neutro ou básico, no mar eles tendem a se associar a partículas suspensas, e por isso são mais rapidamente incorporados ao sedimento de fundo. Os metais pesados relacionados à atividade dos estaleiros foram o cobre, zinco, chumbo, cromo e cádmio, e todos são encontrados em concentrações muito maiores nos sedimentos da baía do que em sua coluna-d'água, pela razão acima mencionada.

O sedimento tem grande capacidade de retenção dos metais pesados adsorvidos, porém, se essa capacidade for ultrapassada ou se houver perturbação do fundo (decorrente de dragagens, por exemplo), haverá uma liberação contínua dos metais sobre a água. Os organismos bênticos são o nível trófico mais prejudicado pelas altas concentrações de metais nos sedimentos.

A tabela 1 foi feita com base na média aritmética das concentrações de metais pesados encontradas no sedimento de superfície em quatro

pontos de amostragem distribuídos no entorno da ilha da Conceição no estudo realizado por Vilela et al. (2004).

Tabela 1 – Concentração de metais no sedimento da baía de Guanabara nas proximidades da ilha da Conceição (em partes por milhão).

Metal (ppm)	Abaixo da considerada adversa à biota* (ppm)	Média encontrada na baía (ppm)	Acima da considerada adversa à biota** (ppm)
Pb	46,7	73,75	218
Cu	34	143,75	270
Cr	81	113,75	370
Zn	150	247,50	410

Fonte: VILELA et al. (2004) e resolução Conama nº 2.440/2004, que dispõe sobre concentrações de materiais nos sedimentos consideradas adversas para a biota como orientação para a realização de dragagens.

* limite abaixo do qual se prevê baixa probabilidade de efeitos adversos à biota estipulado pelo Conama.

** limite acima do qual se prevê um provável efeito adverso à biota estipulado pelo Conama.

Pela análise da tabela conclui-se que todas as médias de concentrações dos metais medidas no entorno da ilha da Conceição encontram-se num nível de provável efeito adverso à biota, entre as mínimas e máximas concentrações definidas pelo Conama.

A seguir são descritos efeitos da contaminação por zinco verificados sobre seres aquáticos em algumas pesquisas, e com base nestas também é apresentada uma estimativa das espécies da baía de Guanabara potencialmente afetadas pela presença da substância. Procedimento análogo foi feito para os demais metais.

Com propriedades anti-incrustantes, o maior uso do zinco é como tinta. Ele está presente naturalmente nos tecidos de plantas e animais, e mesmo que não seja considerado extremamente tóxico aos organismos, quando em excesso no ambiente aquático traz diversos prejuízos à biota, especialmente após exposição prolongada.

Muitas espécies de plantas aquáticas adaptam-se a altos níveis de Zn, porém foi constatado que concentrações a partir de 0,015 ppm diminuíram as taxas de fixação de carbono em populações de fitoplâncton, e houve inibição do crescimento de cultura de diatomáceas há 0,02 ppm, segundo Brigden, Stringer e Labunka (2000). O trabalho supracitado aponta ainda efeitos na fertilização de peixes arenques e crustáceos copépodes pela exposição a teores de 0,005 e 0,01 ppm, respectivamente. Há uma série de alterações no desenvolvimento larval de invertebrados, como a inibição do crescimento de equinodermos como ouriços-do-mar expostos a concentrações de 0,03 ppm, efeitos adversos na larva de moluscos em níveis a partir de 0,04 ppm e ainda alterações no crescimento da concha de mexilhões a uma concentração de 0,2 ppm.

As concentrações que causaram os prejuízos apontados a esses seres, mesmo que relativas ao corpo d'água, estão muito abaixo da média encontrada no sedimento nas proximidades da ilha da Conceição (247,5 ppm), o que permite concluir que as espécies presentes na baía de Guanabara pertencentes às categorias mencionadas estão provavelmente prejudicadas. Em relação à população de fitoplâncton, no entorno da ilha da Conceição há grande predominância das algas unicelulares da classe Bacillariophyceae, onde estão incluídas as diatomáceas. No que diz respeito aos animais, apesar de as espécies de arenques não serem características da baía, peixes com os mesmos hábitos alimentares também podem expor-se ao zinco através do plâncton contaminado. Entre os peixes com hábitos similares estão na baía de Guanabara espécies como a *Mugil curema* (parati), que buscam seu alimento nos sedimentos, a *Mugil cephalus* e a *Mugil liza* (espécies de tainha), que se alimentam principalmente de fitoplâncton.

Há uma grande variedade de moluscos na baía de Guanabara, especialmente das classes bivalve e gastrópode. No entorno da ilha da Conceição há um número bem menor de gastrópodes, sendo que nessa região mais interna da baía a espécie predominante é a *Anachis obesa*, por ser mais tolerante às condições hostis que se apresentam. A espécie *Heleobia australis* também apresenta alta frequência na baía de Guanabara, principalmente em áreas com menor frequência de água oceânica, podendo ser encontrada próxima à ilha. Entre os moluscos bivalves a *Nucula semiornata*

é a predominante, e assim provavelmente a mais afetada. Quanto aos equinodermos, a espécie de ouriço-do-mar *Lytechinus variegatus* é encontrada em grande parte da costa de Niterói, e por fim, entre os crustáceos, segundo Shutze e Ramos (1999), o copépode é o tipo mais abundante na área interna da baía, com a espécie *Acartia lilljeborgi* em maior número, e entre os mexilhões estão a *Perna Perna* e a *Mytilus edulis*.

Hidrocarbonetos – óleo diesel e óleo combustível

Hidrocarbonetos são compostos orgânicos formados pelos elementos carbono e hidrogênio, englobando uma ampla classe de substâncias. São os principais constituintes do petróleo, utilizados como indicadores de sua poluição. Nas embarcações, os derivados do petróleo mais presentes são os óleos, que se dividem em duas categorias: (a) destilados: sobretudo o óleo diesel, usado como combustível principal de pequenos navios. Nele podem estar presentes em nível de partes por milhão o benzeno, o tolueno, o etilbenzeno e os xilenos (BTEX) e os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs); e (b) pesados: o óleo combustível para caldeira, usado em grandes navios. É viscoso, escuro e considerado um tipo de óleo persistente, que não se dissipa facilmente. Também pode conter traços de BTEX e HPAs.

Quando atinge o mar, o óleo sofre diversos processos que influenciam na sua concentração e alteram sua composição química num fenômeno chamado intemperismo. Em baías o efeito do óleo nas comunidades marinhas pode ser bem maior que em alto mar devido à circulação reduzida destes ambientes, que condiciona uma maior permanência dos hidrocarbonetos na água.

As duas principais vias pelas quais o óleo causa impactos nos organismos marinhos são o efeito físico resultante do recobrimento da água e o efeito químico associado à toxicidade dos compostos presentes. Eles podem ocorrer simultaneamente em um vazamento de óleo, sendo que nos óleos pesados o efeito físico de recobrimento é predominante, enquanto nos óleos de baixa densidade o efeito químico é mais representativo.

Por ser liberado geralmente na superfície d'água, o óleo causa mais impactos à vida aquática que habita as camadas superficiais e suas proxi-

midades. A presença de óleo na coluna d'água dificulta a transferência do oxigênio da atmosfera para o meio hídrico, o que reduz as taxas de fotossíntese e a produtividade primária. Por outro lado, o uso de dispersantes de óleo para controle da poluição superficial favorece a sua deposição no fundo, e a incorporação do óleo ao sedimento modifica-o química e fisicamente, trazendo efeitos altamente prejudiciais à macrofauna e flora bêntica. Por isso que mesmo nos derramamentos de superfície os peixes e moluscos que habitam profundidades médias e baixas na coluna d'água podem ter óleo acumulado em seus tecidos.

A baía de Guanabara possui fontes crônicas de poluição por óleo proveniente do escoamento urbano e de indústrias, e mesmo que degradado de forma rápida, águas de locais com intensa atividade naval como as do entorno da ilha da Conceição recebem constantemente novas cargas de óleo, e com isso os organismos presentes estão submetidos a uma exposição contínua.

Derramamentos em baías afetam especialmente o fitoplâncton, o zooplâncton e as populações de peixes. As principais consequências para os seres aquáticos são desenvolvimento anormal e alteração das suas taxas metabólicas. Entre os seres aquáticos, os peixes têm mais facilidade em metabolizar hidrocarbonetos do petróleo que organismos invertebrados, acumulando-o somente em condições de intensa poluição.

Os moluscos são os que mais bioacumulam hidrocarbonetos, e nos derrames superficiais os mais potencialmente afetados são mamíferos (no caso da baía de Guanabara, o boto). As espécies animais que possuem conchas e carapaças externas são mais resistentes, pois a superfície de seus corpos não tem tanto contato com o óleo. Já nos peixes, a toxicidade resulta especialmente do revestimento de suas brânquias pelo óleo, que, em quantidades subletais, pode provocar danos estruturais e funcionais.

Os BTEX são hidrocarbonetos aromáticos altamente voláteis e estão entre os componentes mais tóxicos dos derivados do petróleo, presentes em pequenas quantidades tanto no óleo diesel como no combustível. O benzeno, por exemplo, um composto carcinogênico para os animais que atua especialmente sobre o sistema nervoso, apresenta considerável solubilidade em água, o que caracteriza sua biodisponibilidade aos seres.

Assim como os BTEX, os HPAs estão em pequena quantidade nos derivados do petróleo, e são os mais resistentes à biodegradação, considerados substâncias tóxicas persistentes. Hidrofóbicos, tendem a absorver o material particulado na água depositando-se nos sedimentos, onde sua degradação é bem lenta.

Silva (2004 apud NEVES 2006, p. 66) aponta uma concentração de 0,78 a 8,78 ppm de HPAs nos sedimentos da baía de Guanabara, ora acima e ora abaixo da considerada nociva pelo Conama (estabelece que a concentração máxima tolerável seja de 3 ppm na soma de todos os HPAs presentes no sedimento). Todos os HPAs considerados cancerígenos em animais estão presentes no óleo diesel.

O óleo combustível, por ser pesado e viscoso, causa em seu derramamento o recobrimento da superfície de seres aquáticos, efeito que se soma aos causados pelos BTEX e HPAs que o compõem. O revestimento dos seus corpos impede a realização das trocas necessárias com o ambiente como respiração, alimentação e fotossíntese, e também pode prejudicar a locomoção e alterar a temperatura corporal.

Com relação específica ao óleo diesel, mesmo que os seus constituintes sejam biodegradáveis, sua bioacumulação baixa, e não existam indícios de biomagnificação, o seu derramamento traz um efeito prejudicial imediato sobre o ambiente, podendo levar à significativa morte da biota. A Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996) descreve uma experiência em que moluscos, anelídeos e artrópodes marinhos foram expostos a uma concentração de 0,5% de diesel, e todos morreram entre 3 e 72 horas. Em outra situação, o molusco *Mytilus edulis*, característico da baía de Guanabara, sofreu grande redução em suas taxas de alimentação e crescimento mediante exposição de 0,03 a 0,13 ppm por 8 meses. Com a interrupção da exposição, os hidrocarbonetos foram depurados pelos tecidos e todos os mexilhões se recuperaram em pouco menos de dois meses, o que demonstra que, diferente da contaminação por metais pesados, os seres expostos ao óleo podem recuperar-se quando a fonte de exposição é interrompida rapidamente.

Evitar o derramamento é especialmente importante no caso do óleo porque para atenuar os efeitos dos acidentes há muitas formas de limpeza

que, apesar de eficientes na retirada do óleo do ambiente, trazem grande impacto à comunidade biológica, e muitas vezes são mais agressores à biota que o próprio hidrocarboneto.

A Convenção Internacional para a Prevenção de Poluição Proveniente de Navios (MARPOL nº 73/78) foi a mais importante contra a poluição por óleo, aprovada com reservas pelo Brasil em 1987, e no país está em vigor a lei nº 9.966, de 28 de abril de 2000, conhecida como Lei do Óleo. Em relação à baía de Guanabara, foi desenvolvido em 1991 o Plano de Emergência da Baía de Guanabara (PEBG), o primeiro voltado para a contenção e recolhimento da poluição provocada por vazamento de óleo no país. Além disso, a baía está inserida no Atlas de Sensibilidade Ambiental ao Óleo, desenvolvido pelo Ministério do Meio Ambiente para as áreas no litoral prioritárias nas ações de combate a essa poluição.

CONCLUSÕES

A baía de Guanabara é uma região em contínua interação com os municípios fluminenses adjacentes, sendo afetada pela dinâmica dos moradores e atividades no seu entorno. O ambiente da baía encontra-se muito fragilizado, e a atividade dos estaleiros o submete a impactos crônicos que reforçam essa condição. As espécies em contato constante com a poluição ficam mais sensíveis aos impactos agudos e outros tipos de estresses do que aquelas que vivem em ambientes não permanentemente poluídos. Já houve grande diminuição da biodiversidade de suas águas, e a mesma apresenta comunidades biológicas desestruturadas e sob elevado estresse, em constante tentativa de recuperação.

A construção naval vem se fortalecendo novamente no Brasil, e no município de Niterói esse crescimento é ainda mais acentuado. Ainda que não se tenha precisado exatamente o grau do impacto dessa atividade sobre a baía, e ainda que essa contribuição pareça ter pequena importância quando comparada aos outros tantos fatores responsáveis pela degradação de suas águas, com esse estudo é possível afirmar a necessidade de maior atenção às implicações ambientais decorrentes da atividade de construção naval. Diante da reativação do setor, cresce a necessidade de

investimentos em pesquisas sobre o impacto ambiental proveniente dos estaleiros da região e ações preventivas e regulatórias mais eficientes por parte dos órgãos ambientais competentes. Assim, tanto o Estado quanto os centros de pesquisa brasileiros devem contribuir para minimizar os efeitos negativos dessa indústria sobre a natureza.

No que diz respeito às ações preventivas e regulatórias, o cumprimento das leis pelos estaleiros da ilha da Conceição deve ser permanentemente fiscalizado pela Secretária de Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Niterói e pelo Instituto Estadual do Ambiente, aplicando as penalidades prescritas na legislação ambiental e trabalhista, quando necessário. Ao Estado cabem ainda medidas de educação ambiental, como a informação à população civil (nesse caso acentuadamente à moradora da ilha da Conceição) acerca das implicações da atividade naval para os ecossistemas que envolvem a baía de Guanabara, para sua saúde e ainda para a sobrevivência material das comunidades pesqueiras.

A redução dos impactos ambientais decorrentes da construção e manutenção de embarcações também requer uma maior conscientização e responsabilidade dos donos dos estaleiros, com o aprimoramento do conhecimento dos mesmos sobre as consequências ambientais da atividade que realizam, bem como dos mecanismos para sua redução. Todos os estaleiros devem requerer sua licença ambiental a esses órgãos e seguir seus prazos de renovação, mantendo a atividade regularizada. Por pressão do Estado, da população ou por iniciativa própria, é necessário que eles apliquem os métodos e equipamentos ao alcance para que suas atividades sejam realizadas de forma menos nociva ao ambiente e aos seus trabalhadores. Atualmente já houve uma melhoria nas condições de trabalho e na organização sindical da classe naval em relação ao primeiro auge do setor, ocorrido sob regime ditatorial, mas os riscos ocupacionais ainda precisam ser minimizados.

Soluções ao impacto da atividade estão também nas ações anteriores ao próprio processo de construção e reparo: podem ser desenvolvidos projetos de modificação no design dos navios para melhor eficiência (e menor consumo de recursos) e pesquisas sobre outros materiais que melhorem a proteção dos tanques de combustíveis, de forma a aumentar

sua resistência e dificultar o vazamento de óleos, no caso de acidentes e colisões. Mudanças na estrutura dos cascos também podem reduzir os processos corrosivos, diminuindo o uso de produtos químicos.

Mesmo com a indicação de todas essas medidas é imprescindível compreender que as soluções para os problemas ambientais do mundo atual não são imediatas; elas requerem uma mudança profunda em nossa percepção e valores acerca do meio ambiente, para que os princípios ecológicos façam-se integralmente presentes na educação, na administração de empresas e nas políticas públicas. Reais mudanças na realidade ambiental de um local acompanham a ampliação da consciência sobre o ambiente por parte de todos aqueles que interagem com o mesmo, direta ou indiretamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADOR, Elmo da Silva. *Baía de Guanabara e ecossistemas periféricos: homem e natureza*. Rio de Janeiro: Retroarte, 1997.

BRIGDEN, K.; STRINGER, R.; LABUNKA, I. Poluição por organoclorados e metais pesados associada ao fundidor de ferro da Gerdau em Sapucaia do Sul, Brasil, 2000. *Exeter: Relatório Greenpeace*, 2000. Disponível em: <http://www.greenpeace.org.br/toxicos/pdf/gerdauport1.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2010.

FERNANDEZ, Marcos A. et al. Occurrence of Imposex in *Thais haemastoma*: Possible Evidence of Environmental Contamination Derived from Organotin Compounds in Rio de Janeiro and Fortaleza, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 n. 2, p. 463-476, mar.-abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2010.

_____ et al. Imposex and Surface Sediment Speciation: A Combined Approach to Evaluate Organotin Contamination in Guanabara Bay, Rio de Janeiro, Brazil. *Marine Environmental Research*, v. 59, n. 5, p. 435-452, 2005. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7H-4D9D90R-1&_user=10&_coverDate=06/01/2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=b3d7ea2a43a5478d83df46a04cbd683d. Acesso em: 24 abr. 2010.

FET, Annik; MICHELSEN, Ottar; JOHNSEN, Tommy. *Environmental Performance Of Transportation – A Comparative Study*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Department of Industrial Economics and Technology Management, 2000. Disponível em: <http://www.iot.ntnu.no/users/fet/Forskningsrapporter/Rapporter/hovedrapport.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2010.

HAYMAN, Brian et al. *Technologies for Reduced Environmental Impact from Ships – Ship Building, Maintenance and Dismantling Aspects*. Newcastle: Department of Marine Technology and Science and Coastal Management, University of Newcastle, 2000.

IGUCHI, Taisen; YOSHINAO, Katsu. Commonality in Signaling of Endocrine Disruption from Snail to Human. *BioScience*, v. 58, n. 11, p. 1.061-1.067, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.aibs.org/bioscience-press-releases/resources/Iguchi.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2010.

NEVES, Roberta. Avaliação da contaminação de óleo do ambiente estuarino da Baía de Guanabara (RJ) pela determinação fluorimétrica de hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs) na bÍlis de peixes *Mugil liza*. 2006. Dissertação (Mestrado em Química Analítica) – Programa de Pós-graduação em Química, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PERIN, G. et al. A Five-Year Study on the Heavy-Metal Pollution of Guanabara Bay Sediments (Rio de Janeiro, Brazil) and Evaluation of the Metal Bioavailability By Means of Geochemical Speciation. *Water Research*, v. 31, n. 12, p. 3.017-3.028, Dec. 1997.

SANTOS, Milton. O retorno do território. *OSAL – Observatorio Social de América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, n. 16, p. 251-261, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/4799802/o-retorno-do-territorio-milton-santos-clacso>. Acesso em: 18 maio 2010.

SHUTZE, M.; RAMOS, J. Variação anual do zooplâncton na baía de Guanabara e na região litorânea adjacente (Rio de Janeiro, Brasil) com especial referência aos copépodes. In: SILVA, S; LAVRADO, H. (org.). *Ecologia dos ambientes costeiros do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: PPGE-UFRJ, 1999. V. 7, p. 61-72.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES). DEPARTAMENTO DE ECOLOGIA E RECURSOS NATURAIS. GRUPO DE PESQUISA EM DINÂMICA SEDIMENTAR E GEOFÍSICA MARINHA APLICADA. Identifica-



ção e análise dos processos de resuspensão e dispersão de sedimentos nos ecossistemas costeiros de Vitória – ES. Vitória, 2006. Disponível em: <http://dern.ufes.br/geo/facitec.html>. Acesso em: 14 abr. 2010.

VILELA, Claudia et al. Benthic Foraminifera Distribution in High Polluted Sediments from Niterói Harbor (Guanabara Bay), Rio de Janeiro, Brazil. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-37652004000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2010.

WARREN, Lesley; HAAK, Elizabeth. Biogeochemical Controls on Metal Behaviour in Freshwater Environments, 2001. *Earth-Science Reviews*, Hamilton, v. 54, n. 4, p. 261-320, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diesel Fuel and Exhaust Emissions. *Environmental Health Criteria 171*. The International Programme on Chemical Safety (IPCS). Genebra, 1996. Disponível em: <http://www.inchem.org/documents/ehc/ehc/ehc171.htm>. Acesso em: 1º maio 2010.

O GRÊMIO É UMA FONTE DE CONSCIENTIZAÇÃO POLÍTICA? A INFLUÊNCIA DAS ORGANIZAÇÕES ESTUDANTIS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO POLÍTICA DA JUVENTUDE¹

Mariana Siracusa Nascimento²

INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva na analisar a influência das organizações estudantis no processo de conscientização política dos estudantes. Esse processo, na concepção marxista sobre educação política, é entendido como o motor da mobilização e organização das massas. Dessa forma, parte-se dessa perspectiva para compreender em que medida o grêmio estudantil pode desenvolver-se como educador político na atuação junto ao conjunto dos estudantes.

A análise proposta toma como base o trabalho de campo realizado em duas escolas públicas do Estado do Rio de Janeiro,³ durante desenvolvimento do trabalho de conclusão do Curso Técnico de Nível Médio na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no ano de 2010.

Para tanto, inicia-se a análise do contexto histórico atual, para entender os momentos de refluxo e ascensão vividos pela sociedade e como isso interfere na mobilização e organização dos movimentos sociais, em especial na atuação dos grêmios estudantis como educadores políticos. Em

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0038.0.408.000-10.b.

² Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2008-2010). Atualmente, cursa Ciências Sociais na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Valéria Fernandes de Carvalho (mestre em Educação), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: marianasiracusa@fiocruz.br

³ Colégio Pedro II e Colégio Estadual João Alfredo.

seguida apresenta-se a concepção de educação política que norteia a análise proposta. Posteriormente, apresenta-se a análise das perspectivas dos estudantes e representantes estudantis das escolas, nas quais foi realizado o trabalho de campo, para compreender como se desenvolve, na relação entre estudantes e organizações políticas, a prática da educação política.

CONJUNTURA HISTÓRICA

Na década de 1970, o capitalismo passou por várias crises decorrentes da superprodução e sobreacumulação de capital (ANTUNES, 2003). As taxas de crescimento diminuíram e a inflação aumentou, provocando, conseqüentemente, o aumento da pobreza e da desigualdade no mundo. Nesse momento, o neoliberalismo, corrente político-econômica existente há muitos anos, ganhou visibilidade e força no cenário mundial.

Os neoliberais colocaram a culpa da crise na intervenção estatal, pois entendiam que essa impedia a liberdade e a livre concorrência; e nos sindicatos que diminuía a acumulação de capitais com as greves e exigências de maiores salários e ampliação dos direitos sociais. Para eles a solução era evidente, como nos mostra Anderson: “O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas pouco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas.” (2005, p. 11).

A proposta dessa político-econômica para sair da crise era a garantia de liberdade econômica possibilitando a concorrência, a diminuição da interferência estatal na economia e dos gastos sociais. Defendia-se, então, a soberania e autorregulação do mercado como capaz, pela lei da oferta e da procura, de equilibrar e manter a balança comercial favorável e evitar desempregos.

Vale ressaltar que no neoliberalismo, o Estado continua intervindo na economia, porém de maneira diferente. Segundo Boito Júnior (1999), a redução da intervenção estatal é um discurso ideológico, no sentido de que o processo que vivemos no neoliberalismo, não se configura como uma simples redução da intervenção do Estado na economia. Para esse

autor pode-se falar em uma redução, mas ao mesmo tempo essa redução é acompanhada de uma reformulação do intervencionismo estatal.

No seguinte sentido,

Em algumas áreas, como por exemplo, na esfera da produção de em e no âmbito do mercado da força de trabalho, poderemos falar, em consonância com o que afirmam os neoliberais, que ocorre, no geral, um recuo do papel do Estado. Em outras áreas, como na administração do câmbio, da dívida externa e dos juros, pode-se constatar, especialmente nos países latino-americanos, que os governos neoliberais promoveram uma intervenção de novo tipo do Estado na economia. Enquanto os salários dos trabalhadores foram desindexados, passando a flutuar livremente no mercado, a dívida externa foi estatizada por exigência e para garantia dos credores internacionais [...]. (BOITO JÚNIOR, 1999, p. 28-29)

A partir da primeira experiência do neoliberalismo no governo de Margareth Thatcher, podemos perceber que o neoliberalismo se organiza em três características principais: abertura comercial, desregulamentação financeira e desregulamentação do mercado de trabalho. Essas medidas visam, como já foi dito, a soberania do mercado frente ao interventor e a liberdade econômica.

A abertura comercial objetiva a livre circulação de mercadorias e principalmente de capitais para que a competição pudesse ocorrer competição essa, que obedece às relações historicamente estabelecidas pela divisão internacional do trabalho, na qual os países tidos como desenvolvidos importavam os produtos industrializados e tecnologia para os países do terceiro mundo ou subdesenvolvidos, os quais exportavam as matérias primas para os desenvolvidos.

A globalização era vista como uma justificativa para a abertura comercial, pois produziria um mercado homogêneo quando estivesse livre da intervenção estatal e ajudaria na difusão dos ideais neoliberais pelo mundo (BOITO JÚNIOR, 1999).

Outra especificidade do neoliberalismo é a desregulamentação financeira. Com a crise econômica, era necessário obter uma forma de recapitalizar as empresas, já que a produção de bens estava prejudicada pela impossibilidade de compra por parte dos consumidores. Para isso,

se intensificou a venda de ações⁴ nas bolsas de valores, provocando um aumento do capital especulativo nessa nova fase.

Além da venda e compra de ações, a desregulamentação se caracteriza pelas privatizações, que transferem o dinheiro das instituições públicas para as privadas e na política de cortes sociais (BOITO JÚNIOR, 1999). Aqui é possível identificarmos a valorização do privado em relação ao que é público, diminuindo, nesse sentido, a força do Estado na sociedade.

O terceiro e último pilar do neoliberalismo é a desregulamentação do mercado de trabalho que diminuiu a proteção do trabalhador com a precarização das relações trabalhistas tendo como consequência o aumento do trabalho informal para obter mais lucros, já que esses gastos no Estado de bem-estar social eram muito altos. Essa característica influencia diretamente a população com o aumento da pobreza e da desigualdade social.

No Brasil, o período de ditadura militar se caracterizou por um grande crescimento econômico controlado pela chamada burguesia nacional, mas financiado pelo capital estrangeiro (BOITO JÚNIOR, 1999). No momento de crise mundial na década de 1970, os Estados Unidos começaram a pressionar a América Latina para a abertura comercial e para as privatizações, já que esta era a sua principal área de influência.

No final da década de 1970 e no início da década de 1980, o país foi afetado pelos reflexos da crise e passou por períodos de estagnação econômica, inflação, recessão e aumento da dívida externa (FIORI, 1996). A partir disso, a ditadura começa a dar sinais de enfraquecimento. Esse contexto, marcado pela instabilidade econômica e política, foi de grande agitação para os movimentos sociais.

Devido à crise do milagre econômico e do contexto internacional de crise econômica, a ditadura começa a fazer uma abertura considerada lenta, gradual e segura e em 1979 com a Lei da Anistia aos presos políticos, todos os direitos civis foram reconquistados e os movimentos sociais começaram a se reconstruir.

⁴ Ações financeiras são títulos que representam uma pequena parte de uma empresa. O comprador de ações passa a ser um sócio da empresa, com direito a participação dos lucros, mas sem direito a voto nas decisões.

Esse processo de reconstrução potencializou as reivindicações da população que era afetada pelo aumento das desigualdades sociais e da pobreza. Por isso a população iniciou uma campanha contra a ditadura e em favor da democracia. As “Direitas Já”, como ficou conhecido, foi o principal movimento contra a ditadura nessa época, mas não foi o único. Nos últimos anos, a maioria dos movimentos sociais começou a se reorganizar para lutar contra a ditadura, que naquela altura, no início da década de 1980, já dava indícios de declínio.

Em 1985, com as eleições indiretas para a Presidência da República, o país retornava a democracia. A expectativa da sociedade após 21 anos de regime militar era enorme e a correlação de forças entre a esquerda e a direita crescia nesse momento. Os primeiros anos pós-ditadura, entretanto, não mostraram uma melhora nas condições de vida da população e por outro lado, as pressões neoliberais aumentavam no país.

Para Boito Júnior (1999), o momento mais importante na entrada do neoliberalismo no Brasil foi às eleições para presidência de 1989. De um lado da disputa, Luiz Inácio Lula da Silva, representante das massas e da esquerda e de outro; Fernando Collor de Mello, candidato de direita e defensor das políticas neoliberais. A vitória, democrática, do neoliberalismo representou à repulsão, segundo o autor, de tudo aquilo que significava o poder estatal, simbolizado em duas décadas pela ditadura.

O chamado Consenso de Washington, de acordo com seus formuladores, solucionaria a recessão vivida pelos países “periféricos”. Assim, a solução apresentada para a América Latina sair da crise econômica – que caracterizou os anos 1980 como perdidos economicamente – se constituiu por uma série de regras norte-americanas.

Segundo Fiori (1996), a receita proposta pelo consenso era o equilíbrio fiscal conseguido através de reformas administrativa, previdenciária e fiscal. Essas medidas visariam melhor aproveitamento dos recursos estatais que foram ampliados com a diminuição dos gastos sociais.

É importante destacar que as propostas econômicas do Consenso de Washington eram condições consideradas fundamentais para o empréstimo de dinheiro pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) ou pelo Banco Mundial para a América Latina sair da crise. Naquele momento,

as forças políticas da América Latina passaram a acreditar que aceitar o Consenso de Washington era a única solução, já que esses países sempre foram dependentes, economicamente, dos países dominantes.

O Consenso de Washington intensificou a interferência estrangeira no Brasil, como também facilitou a entrada das outras medidas neoliberais como a abertura comercial, as privatizações, a desregulamentação financeira e do mercado de trabalho. Isso acarretou numa transferência de propriedade (do público para o privado) e não em um investimento na produção (BOITO JÚNIOR, 1999).

A instalação no neoliberalismo no Brasil fez surgir um novo setor burguês: a burguesia de serviços. Ela atua nos setores sem regulamentação por parte do Estado e das empresas privadas, resultado da redução dos gastos sociais, a saber: saúde, educação e previdência social. Os bancos também estão presentes no setor de serviços com os seguros de vida e a previdência social. O Estado, se desresponsabilizando dessas áreas, oferece grandes incentivos fiscais para a nova burguesia que vem crescendo muito.

Quando o Estado entrega a sua função com os setores sociais para a burguesia de serviços, ainda fica responsável por uma pequena parcela desses setores para atender as necessidades dos mais pobres. De caráter focal, o Estado que antes do neoliberalismo, trabalhava baseado em uma perspectiva de política social universalista, hoje, ao mesmo tempo em que reduz os direitos sociais, utiliza a política de focalização como uma estratégia para tentar minimizar as tensões sociais e dividir a classe trabalhadora.

Isto só é possível pela atual diminuição da correlação de forças dos movimentos sociais, que na época da ditadura, por exemplo, estavam mais engajados e mobilizados. Os movimentos sociais pressionavam o Estado que se via mais tensionado para ampliar os direitos sociais do que é hoje, onde a pressão e a força desses movimentos são menores.

Também para evitar revoltas, o Estado mantém-se num piso mínimo e reduzido de serviços das políticas sociais. De maneira contraditória, o sistema tributário cobra de todos igualmente, aumentando a desigualdade social. Para Boito Júnior: "O princípio neoliberal da focalização não significa, ao contrário do que pretendem os ideólogos, 'dar mais a quem tem

menos', mas sim 'devolver pouco àqueles de quem os governos neoliberais tiram mais'" (1999, p. 82).

Se o neoliberalismo aumenta as desigualdades sociais, com a precarização das relações de trabalho e a diminuição dos gastos com as políticas sociais, por que a população não luta pela melhoria das condições de vida? Por que é então que hoje, com o Estado mínimo para os gastos sociais e máximo para o capital financeiro, há um refluxo da participação política num momento que deveria ser de ascensão?

Para respondermos a essas perguntas, devemos entender o neoliberalismo no seu âmbito ideológico. Nos seus três aspectos (econômico, social e ideológico), o que teve mais força foi o ideológico. Economicamente, o neoliberalismo fracassou, já que trouxe poucas inovações para o capitalismo, que ainda está suscetível a crises. Foi eficaz socialmente, na perspectiva dos neoliberais, já que aumentou a desigualdade social. E ideologicamente foi muito forte por que transmitiu a ideia de que não há alternativas, de que não é possível mudar e por isso todos devem se adaptar (ANDERSON, 2005).

Compreendo que essa ideologia é um dos aspectos fundamentais para o entendimento sobre o atual quadro de refluxo vivido pelos movimentos sociais, pois as contradições e precarização da condição de vida da maioria dos diversos segmentos da classe trabalhadora nos situam em uma conjuntura potencialmente favorável à organização e à mobilização dos movimentos sociais, no entanto a ofensiva ideológica do neoliberalismo alcançou posições entre os setores populares e, de forma geral, nos movimentos sociais, configurando um quadro de esvaziamento e de desmobilização política. No movimento estudantil não é diferente.

No cenário histórico no qual nos encontramos, considero fundamental compreendermos o papel de educador político desenvolvido pelos movimentos sociais e, no caso do estudo aqui proposto, especificamente do movimento estudantil secundarista, principalmente através da atuação política dos grêmios estudantis.

Nesse sentido, algumas questões tornam-se norteadoras para analisar a reflexão central desse artigo: como educador político, que tipo de relação o movimento estudantil tem estabelecido com o conjunto dos es-

tudantes? Que prática educativa predomina nesta relação, no contexto atual? A práxis do movimento estudantil reforça, estimula, contribui para a formação dos estudantes enquanto agentes de transformação social? Por que, no contexto do neoliberalismo, o movimento estudantil secundarista perdeu força?

Para tanto, torna-se necessário compreender o que é educação política, tanto na perspectiva da (con)formação do consenso dominante, elemento fundamental para a naturalização das condições sociais vigentes; quanto na perspectiva contra-hegemônica desenvolvida pelas organizações e movimentos sociais. Entendo essa compreensão como subsídio fundamental para a análise das características, desafios e possibilidades que esta conjuntura coloca para a prática educativa do movimento estudantil.

A EDUCAÇÃO POLÍTICA E SUAS PERSPECTIVAS

Segundo Brandão (1988), a educação é uma prática social. Sendo assim está diretamente relacionada ao contexto histórico e social no qual está inserida. No capitalismo, ela difunde, predominantemente, a ideologia dominante que reproduz os interesses políticos, sociais e econômicos da burguesia. Esses últimos, principalmente, pautam-se pelo acúmulo incessante de capital através da exploração daqueles que não possuem propriedade.

No âmbito político, esses interesses necessitam dominar ideológica e culturalmente as classes despossuídas para constituir o consenso dominante e manter a ordem do sistema. Esses interesses provocam as desigualdades sociais que se estruturam nas relações sociais de produção (IASI, 2010).

Nesse sentido, a educação, na perspectiva dominante, constitui-se como elemento fundamental desse processo, na medida em que acaba por (con)formar uma visão de mundo que justifica e naturaliza essas desigualdades, formando pessoas alienadas ou conformadas com a sua condição de vida.

No processo a fragmentação dos conhecimentos, por exemplo, contribui para que a dominação seja facilitada, formando pessoas alienadas

(IASI, 2010). Dessa forma, os indivíduos, acabam pautando seus pensamentos e ações pelo senso comum, acreditando que a perspectiva e o conhecimento particular, veiculado pela classe dominante, são universais e constituem a totalidade da realidade social, ou seja, acreditam que aquele é o verdadeiro saber e por isso naturalizam as relações sociais, muitas vezes acomodando-se. A cisão do conhecimento não gera apenas alienação como também a ideia de uma aparente noção de domínio da realidade que serve para a manutenção das relações sociais (IASI, 2010).

A concepção da educação como prática social apresentada por Brandão (1988) permite compreender que numa sociedade pautada pela luta de classes se constituem diferentes, divergentes e antagônicas concepções de educação. Desse modo, entendo que se por um lado, a educação na perspectiva dominante assume um caráter reprodutivista do *status quo* vigente, por outro, em contraposição, confronto e luta com a mesma constitui-se a educação contra-hegemônica.

A análise do contexto histórico e da correlação de forças estabelecida entre o capital e o trabalho é importante para compreender as diferentes ideias e concepções que orientam as ações dos grupos sociais. Nesse sentido, compreendo que a luta de classes em cada conjuntura coloca a necessidade de que ambos, capital e trabalho, desenvolvam estratégias educativas tanto para (o capital) garantir a manutenção de sua hegemonia, como para (a classe trabalhadora) avançar na luta contra-hegemônica.

A reformulação do Estado capitalista, que resultou no denominado Estado de bem-estar social, ao mesmo tempo, se por um lado pode ser compreendida como uma conquista da classe trabalhadora dos países dominantes, no que diz respeito à conquista da ampliação dos direitos sociais, por outro, configurou-se também como uma das estratégias, numa correlação de forças favorável à classe trabalhadora, de cooptação e adestramento da classe trabalhadora para adequar-se ao momento vivido pelo capitalismo e, nesse sentido, como processo de educação política para a conformação do consenso dominante (DIAS, 1996; LESSA, 2008).

Marx também já nos apresentava elementos para essa reflexão:

Não basta que haja, de um lado, condições de trabalho sob a forma de capital, e, de outro, seres humanos que nada têm para vender

além de sua força de trabalho. Tampouco basta forçá-los a se venderem livremente. Ao progredir a produção capitalista, desenvolve-se uma classe trabalhadora que *por educação, tradição e costume aceita as exigências daquele modo de produção como leis naturais evidentes.* (1989, p. 854; grifos nossos)

Se, no período do Estado de bem-estar social, a estratégia do capital obrigatoriamente passava – dada à organização, mobilização e à correlação de forças favorável à classe trabalhadora – pela ampliação dos investimentos e direitos sociais; na atualidade, frente à crise econômica do capitalismo e ao refluxo dos movimentos sociais e da perspectiva revolucionária no mundo, essa estratégia passou a atuar, fundamentalmente, no âmbito da ideologia para a (con)formação do consenso essencial à manutenção do sistema.

Baseada nessa análise, considero que a educação política constitui-se fundamentalmente como processo de desenvolvimento da consciência política tanto na perspectiva da transformação, quanto na perspectiva da conformação social. Nesse sentido, a educação política forma-se enraizada nas contradições sociais presentes na dinâmica e correlação de forças de determinada conjuntura, tornando-se elemento fundamental para a cimentação e hegemonia de qualquer projeto político-societário.

Na visão das organizações e dos movimentos sociais contra-hegemônicos, a educação política visa à formação de pessoas que possam entender a totalidade das relações sociais, intrinsecamente desiguais e contraditórias, objetivando sua transformação. Compreende que as relações sociais de produção são as que geram as desigualdades do sistema, nesse sentido para a mudança da sociedade é preciso que a educação política se desenvolva a partir da luta de classes.

Ter o conhecimento da totalidade implica entender as relações sociais que produzem as desigualdades sociais, os interesses que estão em jogo e como esses interesses estão presentes nas diversas instituições da sociedade (LENIN, 1979).

○ desenvolvimento desse conhecimento passa necessariamente pela desconstrução das formas como as classes dominantes conseguem,

através de sua ideologia, manter o motor dinamizador de sua concepção de mundo e orientação das práticas sociais.

Dessa maneira, a educação política deve fazer com que os grupos dominados formem a sua própria ideologia, a partir do conhecimento das relações de produção nesse sistema, adquirindo assim liberdade e autonomia que possibilitará romper com a lógica do capital. Assim:

Cabe, portanto, aos que pretendem elevar as classes subalternas à condição de hegemônicas aprofundarem essa estranheza dos subalternos em relação à visão de mundo que compartilham, demonstrando a todo o momento e por todos os meios essa incoerência do senso comum vigente entre eles e os seus interesses como classe. (GRAMSCI, 1988, p. 148)

Através da relação entre a conformação e a indignação dos indivíduos frente às suas condições de vida, se expressa o confronto e a luta entre a ideologia dominante e a concepção de mundo das classes exploradas. Apesar de a conformação, no contexto atual, sobressair-se como aspecto predominante, a indignação revela-se como espaço para o questionamento, para a desconstrução e o desmascaramento dos aspectos dissimulados pela ideologia neoliberal. O que corrobora com a ideia de que a ideologia constitui-se através da luta, do confronto entre as concepções de mundo, expressando-se de forma contraditória na consciência dos indivíduos.

O processo de conscientização crítica é possibilitado porque a ideologia dominante é incapaz de explicar a realidade a sua volta, gerando espaços de contradição que permitem o surgimento de ideologias contra-hegemônicas. Nascendo da contradição, é a partir dela que a ideologia contra-hegemônica se estrutura, se expressando, assim, na luta de classes, nos movimentos sociais e nos partidos políticos.

Os movimentos sociais e os partidos políticos se configuram como espaços de educação política, já que são responsáveis pela organização e mobilização das reivindicações difusas das massas no sentido da transformação social, contribuindo para formar sujeitos críticos e construir novos conhecimentos e valores (CALDART, 2000).⁵

⁵ Caldart resgata a tradição pedagógica que identifica o sujeito educativo na própria dinâmica e nas práticas sociais.

Esse processo desenvolve-se através da inserção dos indivíduos nas lutas sindicais, econômicas, teóricas, políticas e ideológicas permitindo, dessa forma, a possibilidade de amadurecimento, constituição e consolidação da ideologia contra hegemônica.

Cabe destacar que a tomada de consciência crítica das massas não é espontânea, e muito menos mecânica, não é um processo imediato, é um processo longo, que exige um trabalho político, que demanda uma educação política, repleta de recuos e de avanços. Exigindo, para que se desenvolva, direção e trabalho político.

Dessa forma, considero – baseada nas perspectivas de Marx, Engels, Lenin, Gramsci e Mao Tsé-Tung – que a vanguarda assume papel decisivo para o desenvolvimento desta perspectiva, na medida em que, inserida nas lutas trabalhe politicamente, estimulando os diversos segmentos da classe trabalhadora a integrarem-se na luta pela transformação social.

Para Gramsci (1988), os intelectuais orgânicos assumam essa função organizativa que só pode ser entendida nas relações sociais. Estes se opõem, para o mesmo autor, aos intelectuais tradicionais que possibilitam a difusão da hegemonia da classe dominante para a dominada. A hegemonia mantém a exploração e a manutenção das relações sociais de produção a partir de duas características: o consentimento e a coerção. O consenso atua diretamente sobre a ideologia fazendo com que as massas sigam o modo de vida do grupo dominante, conferindo-lhes legitimidade e respeito. Quando, por algum motivo, o consentimento da exploração é falho, a burguesia usa da repressão legal para manter a ordem do sistema.

Através da leitura que realizei para compreender o que é a educação política, entendi que esta se desenvolve através das mais diversas formas que as lutas assumem (política, econômica e ideológica – seja na dimensão específica, seja na dimensão geral e através da articulação das mesmas), de acordo com os diferentes contextos, realidades específicas, conjuntura e correlação de forças nas quais são travadas.

Tão importante quanto ter em consideração esses elementos, no processo de educação política, é saber trabalhá-los à luz do estágio de consciências das massas, para que dessa forma possa se estabelecer entre essas e a vanguarda uma unidade ideológica:

De resto, a organicidade de pensamento e a solidez cultural só poderiam ocorrer se entre os intelectuais e os simples se verificasse a mesma unidade que deve existir entre teoria e prática, isto é, se os intelectuais tivessem sido organicamente os intelectuais daquelas massas, ou seja, se *tivessem elaborado e tornado coerentes os princípios e os problemas que aquelas massas colocavam com a sua atividade prática*, constituindo assim um bloco cultural e social. (GRAMSCI, 2004, v. 1, p. 100; grifos nossos)

De acordo com Mao Tsé-Tung (1979), para se conhecer a realidade, é necessário analisar as situações cotidianas e históricas da cada realidade. Destaca, também, que é importante saber fazer as leituras teóricas à luz da realidade específica de cada país/local, da conjuntura, do estágio da consciência e da luta de classes. A partir da reflexão do contexto histórico e social deve-se formular a teoria que tem como objetivo a própria prática. O trabalho da vanguarda deve, então, ter como base principal à especificidade de cada realidade e partir da consciência das massas.

Entretanto a passagem do senso comum para a consciência crítica apresenta uma dicotomia indiscutível: a luta pelos interesses específicos de cada segmento da classe trabalhadora e a luta pelos interesses do coletivo (da classe social). Os interesses coletivos nascem da percepção de que as lutas específicas são as mesmas, no sentido de que só será possível avançar no processo de superação das relações que geram os problemas, dificuldades e condições sociais vigentes na sociedade capitalista com a união dos grupos que lutam pelos mesmos objetivos (MAO TSÉ-TUNG, 1979).

Os militantes cumprem papel fundamental na construção da compreensão sobre a relação entre as lutas específicas, lutas gerais e projeto societário. Pois, como educadores políticos têm o papel de mostrar que as lutas de diferentes grupos têm a mesma origem; e de estimular a construção de um sentimento de coletividade e de união em contraposição com o sentimento individualista das lutas particulares (LENIN, 1979).

Gramsci (2004) denomina esse momento de catártico, pois justamente a passagem da consciência meramente reivindicativa econômica para uma consciência mais coletiva, mais crítica e com um sentido mais

profundo e amplo, no que diz respeito à necessidade da mudança da própria estrutura.

Pode-se empregar a expressão “catarse” para indicar a passagem do momento meramente econômico (ou egoístico passional) ao momento ético-político, isto é, a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens. Isso significa também, a passagem do “objetivo ao subjetivo” e da “necessidade à liberdade”. (GRAMSCI, 2004, v. 1, p. 314; grifado no original)

Ressalto, em acordo com os autores aqui citados, que apesar de partir da prática, das lutas enfrentadas pelas massas no cotidiano, o processo de educação política também tem que estar diretamente ligado à teoria, para que consiga dar conta da leitura da realidade e assim, levar adiante o processo de luta.

Uma possível separação entre teoria e prática leva a criação de dogmas pelos militantes que com isso se afastam da realidade e consequentemente das massas.

Embora todos os conceitos expostos acima se refiram aos trabalhadores e a classe operária, podemos comparar, salvo as proporções, que o movimento estudantil é um educador político na medida em que luta pela conquista de uma sociedade mais justa e igualdade.

O GRÊMIO ESTUDANTIL COMO EDUCADOR POLÍTICO

O grêmio como uma das instâncias de participação política da juventude no movimento estudantil pode ser um importante espaço para a conquista de melhores condições de ensino e de vida. Neste sentido, pode contribuir para avançar nas reivindicações no âmbito escolar, assim como, no envolvimento dos estudantes junto ao movimento estudantil, em questões que atingem todos os estudantes de modo geral e não os de uma escola apenas.

Para que esse desejo de melhoria das condições de ensino e de vida se concretize é necessário, antes de qualquer coisa, os jovens perceberem que os problemas vividos por eles são os mesmos dos demais jovens da classe trabalhadora. Passado essa fase, é preciso organizá-los para canalizar suas forças em prol de uma luta comum.

Entretanto, devido à atual conjuntura política e econômica mundial, esse poder de organização e mobilização dos jovens está prejudicado e muito reduzido. Por isso, o movimento estudantil, juntamente com os grêmios, precisa criar mecanismos para potencializar as reivindicações que sempre existiram, mas que estão desorganizadas.

Esses mecanismos são viáveis se considerarmos o movimento estudantil e mais especificamente os grêmios como agentes capazes de promover uma educação voltada para as questões políticas, educacionais e culturais dos jovens, que estimulem os mesmos a desenvolver um sentimento de coletividade e união necessário a toda mudança na estrutura social.

Nesse sentido, considero os grêmios estudantis fundamentais no processo de envolvimento e participação política da juventude, pois é uma organização que visa à integração dos estudantes de uma mesma escola em torno de objetivos que favorecem o coletivo.

Dessa forma, seu papel político pode contribuir para a reflexão dos problemas e questões vividas pelos estudantes tanto no âmbito escolar como fora dele, conformando-se como importante elemento para o desenvolvimento político, cultural e esportivo dos estudantes. Por isso, tem um caráter pedagógico, pois estimula a reflexão, discussão e organização necessárias para obter êxito nas reivindicações (FERNET; PELOZO, 2007).

Segundo Bessa et al. (2001), as limitações físicas e materiais, a falta de informação, a centralização do poder nas mãos da direção escolar e a falta de tempo, características presentes em parte significativa de algumas instituições escolares, são algumas das dificuldades encontradas para a implantação de um grêmio. Contudo, a mesma considera que a construção do sentimento de solidariedade e coletividade é capaz de superar essas barreiras, “é do difícil convívio com as inquietações e com as diferenças que a solidariedade se engendra enquanto sentido e ação comum que rompem com o isolamento” (BESSA et al., 2001, p. 6).

O grêmio pode promover uma maior participação do coletivo estudantil nas decisões do colégio dando voz aos alunos e contribuindo para uma gestão democrática. Quando os estudantes percebem a importância da luta pela defesa dos direitos básicos na escola, essa nova forma de pensar e agir tende a permanecer, de formas diversas, na vida

adulta e os estimula a continuar lutando pelos seus interesses (FERNET; PELOZO, 2007).

O grêmio estudantil, segundo a União Nacional dos Estudantes (UNE), representa os estudantes a nível escolar e faz parte do movimento secundarista como primeiro nível de organização, sendo a União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (Ubes) a última instância. Como primeira instância, tem além da função de defender os direitos estudantis nas lutas gerais e específicas; a função de representá-los nas demais instâncias do movimento estudantil.

Essa organização estudantil, entretanto, nem sempre foi permitida. No período da ditadura civil-militar, as entidades de representação estudantil foram postas na ilegalidade e os grêmios foram substituídos por centros cívicos que tinham a função de desenvolver atividades que enaltecessem a pátria e ainda tinham sua autonomia controlada pelo professor orientador. Nesse contexto, os estudantes não podiam lutar pelos seus interesses o que, num primeiro momento, enfraqueceu a resistência contra o regime (FERNET; PELOZO, 2007).

A repressão contra o movimento sindical foi mais forte no início da ditadura, o que colocou o movimento estudantil numa posição de destaque nas lutas contra o regime. Porém em 1968, a ditadura chegou ao ponto máximo de repressão e supressão dos direitos individuais e pôs, na clandestinidade, as entidades do movimento estudantil (BOTELHO, 2006).

No final da década de 1970, com a aprovação da Lei da Anistia, as entidades começam a se organizar para a reconstrução do movimento secundarista. Antes dessa época, a articulação dos estudantes se limitava a atividades culturais como produção de jornais e elaboração de eventos culturais. Contudo, mesmo esse pequeno reforço de integração era restrito (PEREIRA, 1991).

Com a reconstrução das principais entidades estudantis na década de 1980, o incentivo a criação de grêmios estava na ordem do dia, já que os mesmos eram considerados a base do movimento. Entretanto, de acordo com o contexto histórico, as questões cotidianas da escola eram postas em segundo plano em detrimento das questões gerais do país, o que dificultava a adesão estudantil aos grêmios (PEREIRA, 1991).

Durante a ditadura civil militar, a participação dos partidos políticos foi fundamental para a reconstrução das entidades do movimento estudantil e conseqüentemente, sua influência nos grêmios também era perceptível. Se por um lado isso foi importante, por outro poderia limitar a autonomia dos grêmios, interferir nas decisões dos estudantes e na forma de atuação dentro e fora da escola. Segundo Botelho:

A composição das chapas apresenta-se bastante diversa, umas têm em seu interior estudantes que possuem vínculo com alguma corrente política e outras não. Essas diferenças acabam por desencadear grêmios com características distintas, uns voltados para atividades recreativas, intitulados como grêmios recreativos, com um caráter apenas cultural e outros com uma perspectiva mais voltada para a participação na gestão da escola, utilizando as atividades culturais e esportivas como mais uma atividade entre as ações do grêmio. (2006, p. 67)

Com o fim da ditadura militar em 1985, é sancionada a lei nº 7.398/85, ou Lei do Grêmio Livre (BRASIL, 1985), que assegura a autonomia dos grêmios para defender exclusivamente os direitos dos estudantes. A organização e o funcionamento seriam estabelecidos pelos próprios alunos sem a intervenção de quaisquer outras entidades sejam política ou educacional.

A partir dessa lei, os grêmios, pelo menos na teoria, têm o direito assegurado de se organizar a favor dos objetivos dos estudantes. No exercício de sua função, essa organização acaba tendo um caráter pedagógico tanto político como cultural quando estimula a reflexão e a mobilização dos estudantes, como já foi dito anteriormente. Entretanto, essa forma de transmissão de conhecimento não é convencional⁶ como àquela feita pelos professores na escola e por isso não é reconhecida como tal.

Historicamente, os estudantes no seu campo de atuação, foram responsáveis por grandes conquistas históricas na luta pelos seus direitos. Na década de 1960, o movimento estudantil – não só no Brasil, mas no mundo, conseguiu envolver parte significativa dos estudantes nas lutas políticas, atuando como importante educador político, no sentido da transformação social.

⁶ Quando me refiro à educação não convencional, deve-se entender que não se trata da educação conhecida pelo senso comum, como é o caso da escola, com professores e aulas esquematizadas.

Entretanto, na atualidade, o momento de refluxo da participação política vivido por toda a sociedade atingiu às organizações estudantis com o conseqüente esvaziamento das mobilizações e das passeatas, e da inserção dos estudantes tanto nas lutas específicas, quanto nas lutas gerais.

De acordo com o referencial teórico que adotei, a inserção nas lutas constitui-se como elemento fundamental e capaz de possibilitar aos estudantes - integrados a um processo social mais amplo – a ruptura com a conformação e com a naturalização da realidade, e a integração em uma concepção contra-hegemônica.

A hegemonia que a ideologia dominante tem assumido no direcionamento das práticas e atitudes dos estudantes, na naturalização e mesmo falta de crédito na perspectiva e na possibilidade de transformação da realidade, parece ser o aspecto principal e tem determinado o descenso e a desmobilização do movimento estudantil.

Diante da análise de conjuntura e da perspectiva de educação política apresentada neste artigo, é preciso averiguar como este processo se dá na prática, a partir da realidade de duas escolas, da percepção dos estudantes e da avaliação do grêmio estudantil.

A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO POLÍTICA DO GRÊMIO ESTUDANTIL: ANÁLISE DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado em escolas públicas que foram muito importantes na história do movimento estudantil: o Colégio Estadual João Alfredo e o Colégio Pedro II (CPII).

O Colégio Estadual João Alfredo foi uma das instituições escolhidas para esse trabalho por ter tido uma grande importância no movimento estudantil na década de 1980. O grêmio da escola, na época, foi o primeiro a se restabelecer em 1987, após a Lei do Grêmio Livre em 1985 (PEREIRA, 1991).

O Colégio Pedro II, fundado em 1837, foi à primeira instituição nacional com formação secundarista. O movimento secundarista desse colégio foi muito atuante na história do movimento estudantil, tendo um importante papel na resistência contra a ditadura militar. Por essas razões, o Colégio Pedro II foi escolhido para fazer parte deste trabalho.

A princípio, o objetivo da pesquisa era aplicar o mesmo roteiro de questões para os estudantes das duas escolas e entrevistas com os integrantes do grêmio.

Entretanto na minha primeira ida a campo descobri o que grêmio do Colégio João Alfredo estava desarticulado. Dessa forma precisei modificar o roteiro de questões adequando-o às realidades vividas em cada instituição de pesquisa.

A falta de uma organização estudantil no colégio influenciou e mudou os rumos da pesquisa, mas não a impossibilitou. As perguntas tiveram que ser ajustadas à realidade vivida por eles, como já foi dito, e todas àqueles que estavam diretamente ligadas ao grêmio foram feitas de maneira hipotética.

Os estudantes do primeiro ano tiveram mais dificuldade na pesquisa, já que estes geralmente não têm, no ensino fundamental, nenhuma experiência com o movimento estudantil. Entretanto os demais estudantes, em função da existência do grêmio em 2009, já tinham uma experiência na própria escola.

Pude perceber que, nas diferentes escolas, o grêmio estudantil constituiu-se ainda como uma importante referência, no que diz respeito ao seu reconhecimento como uma instância e espaço de representação e organização de luta pelos interesses e questões dos estudantes.

A maioria dos estudantes do João Alfredo entendia que o grêmio tinha a função de representá-los e resolver os seus problemas. No CPII, os estudantes compreendem o grêmio como instrumento de luta através do qual conseguem garantir seus direitos. Um dos estudantes do João Alfredo escreveu a seguinte resposta: “Um grêmio é um meio para que os alunos sejam ouvidos e tenham os seus direitos estudantis assegurados. Com isso, tem como função ouvir todos os alunos e lutar, juntamente com eles, pelos direitos de todos” (Informação verbal).⁷

Através da ênfase dada por esse estudante à importância do trabalho coletivo entre o diretório do grêmio e os demais alunos, podemos perceber sua compreensão sobre o papel do grêmio como educador político.

⁷ Questionário aplicado aos estudantes da Escola Estadual João Alfredo, em 3 de novembro de 2010.

O trabalho político coletivo se configura, entre outros aspectos, através da elaboração e sistematização dos principais problemas, que as massas colocam em sua atividade prática.

Nesse sentido, ao ouvir e lutar juntamente com os estudantes, o grêmio pode ter condições de se tornar um educador político fundamental na medida em que, ao fazer isso, poderá recolher as ideias (dos estudantes) – que em um primeiro momento podem estar desordenadas –, organizá-las, compreender quais são as questões prioritárias dos estudantes e verificar a disposição deles para assumir e se responsabilizar pelas tarefas necessárias no processo de luta.

No entanto, apesar de alguns dos estudantes apresentarem a concepção exposta acima, foi possível perceber que parte significativa deles, nas duas escolas, ainda tem uma concepção pautada na democracia representativa, pois atribuem aos coordenadores do grêmio (ou a essa instância, no caso do João Alfredo) a decisão sobre as questões apresentadas e não se veem como construtores ou responsáveis pelo processo de desenvolvimento das lutas.

Nessa questão ainda, alguns estudantes, ao comentarem o papel do grêmio, apontaram que esse estava atrelado às questões e problemas da direção da escola (João Alfredo) ou que teria a função de fazer a ligação entre direção e os alunos (CPII).

Entendo que isso acontece e pode ser feito, mas o que deve ser lembrado é que os interesses dos alunos têm que ser soberanos, e não podem estar submetidos aos interesses ou pauta definida pela direção escolar. Cabe lembrar que o direito de autonomia das organizações estudantis está assegurado na Lei do Grêmio Livre, como já foi dito, aprovada em 1985 após a luta do movimento estudantil para o reconhecimento de sua liberdade e autonomia.

O entendimento dessa relação por parte de alguns estudantes demonstra ainda um desconhecimento dos direitos dos estudantes e do papel do grêmio.

Quanto à capacidade de estimular a participação política, foi possível perceber que a maioria dos estudantes do João Alfredo acredita nesse potencial do grêmio, mas não souberam explicar claramente o motivo

disso. Alguns apontaram a defesa pelos direitos, o interesse por política, a união dos alunos como aspectos trabalhados pelo grêmio, tornando-os capazes de estimular a participação política. Outros ao responderem a pergunta, relacionaram participação política somente às eleições. Isso indica, conforme venho destacando a falta de conhecimento ou conhecimento restrito sobre participação política que vai muito além da escolha de representantes.

Os que responderam negativamente alegaram a falta de interesse por política, considerada pelos mesmos como inerente aos estudantes, apresentando-a como motivo que impossibilitaria o trabalho do grêmio.

Há, na minha avaliação, uma incompreensão – por parte desses últimos estudantes – quanto ao papel do grêmio, pois entendo que esse tem justamente a função de organizar os estudantes, estimulá-los a compreender o processo político de nosso país, e do processo societário dominante, e encontrar caminhos para que, na inserção nas lutas, os estudantes possam enfrentar seus problemas e, dessa forma contribuir para o avanço da luta em prol de uma sociedade mais justa e igual.

Em contraposição à perspectiva apresentada pelos estudantes acima, a maioria dos estudantes do CPII entende que o grêmio estimula a participação política por que é a partir da organização e a mobilização promovida pelo grêmio que os estudantes passam a se interessar mais por política e começam a participar.

Um dos estudantes do CPII respondeu: “Eu acredito que deveria ser assim, mas que na maioria das vezes os próprios alunos não se interessam por pensar ou mudar algo. Dessa forma, o que o grêmio mais precisa fazer, sendo formado pelo grupo de alunos que se interessa, é despertar esse interesse” (Informação verbal).⁸

Podemos perceber claramente o conceito de educador político na resposta, sendo o grêmio responsável pelo despertar do interesse daqueles que não participam e que não estão mobilizados.

Os que compreendem que o grêmio não estimula a participação apontam a falta de interesse dos alunos por política, mas essa função deveria ser desempenhada pelo grêmio e não pelos próprios alunos como

⁸ Questionário aplicado aos estudantes do Colégio Pedro II, em 24 de novembro de 2010.

já foi dito. No entanto, um dos estudantes destacou em sua resposta o despreparo e a falta de conhecimento do grêmio ao dizer: “Não. Porque talvez os próprios integrantes do grêmio não saibam como ter uma participação política e assim, não sabem também estimular. A falta de interesse também é grande” (Informação verbal).⁹

Após analisar as respostas desses estudantes, fiquei refletindo sobre a seguinte questão: se o grêmio é responsável pela formação dos estudantes, quem forma o grêmio?

Na teoria, a Ubes, que dentro do movimento estudantil é a instância dirigente do grêmio deveria ser responsável por essa formação de novos quadros, mas atualmente o que percebo é que a entidade de representação estudantil está muito afastada da sua base e em decorrência do momento de refluxo da organização e participação política, o movimento estudantil também está desmobilizado e desunido.

A consequência disso é uma não formação da vanguarda, despreparada, e que acaba, aos poucos, se desvirtuando dos interesses do coletivo em prol dos interesses individuais.

O PONTO DO VISTA DO GRÊMIO ESTUDANTIL

Com o objetivo de confirmar e confrontar a opinião dos alunos, realizei uma entrevista com um integrante do grêmio da gestão de 2010 do Colégio Pedro II. Na entrevista, ele se mostrou bem realista ao cotidiano no colégio, mas em alguns momentos entrou em contradição no seu discurso.

Algumas questões foram centrais ao longo da entrevista e merecem uma maior atenção aqui. Quando perguntado sobre de que maneira o grêmio estimula a participação e a interação política dos estudantes, o integrante do grêmio confirma a visão transmitida pelos estudantes de que isso só acontece nos períodos de eleição. Apesar de assumir a responsabilidade sobre essa atitude dos estudantes, o representante do grêmio atribuiu à alienação dos estudantes o motivo principal pelo desinteresse de participação por parte dos mesmos.

⁹ Idem.

Considero que o representante do grêmio, ao afirmar que os estudantes estão desinteressados devido à alienação, acaba por desviar ou secundarizar uma reflexão mais profunda sobre os motivos desse comportamento dos estudantes ao colocá-lo, pelo que foi possível perceber, em uma posição muito cômoda – dada a naturalização como compreende esse fenômeno – diante do processo de distanciamento dos estudantes da participação política.

Dessa forma, o grêmio, que deveria ser o motor, aquele capaz de despertar e/ou fortalecer o interesse político dos alunos, não faz nada para mudar essa realidade e, segundo o seu representante, a culpa é da alienação. Essa acomodação do grêmio diante do desinteresse dos estudantes é perceptível em várias respostas dada pelo seu representante, indicando na análise que fiz, uma falta de conhecimento da sua função política, no sentido de fazer ou desenvolver a capacidade dos estudantes perceberem a conexão entre os problemas vividos por eles e a estrutura da sociedade.

Na pergunta sobre educação política, o entrevistado diz que o grêmio é um educador político e expõe, mais uma vez, a dificuldade de mobilização visto o desinteresse dos alunos. Novamente, o mesmo, apesar de reconhecer a responsabilidade da organização, não sabe como fazer para mobilizar ou despertar o interesse dos estudantes, demonstrando, dessa forma, a falta de conhecimento teórico e prático sobre a educação política, necessário a todo dirigente político.

Apesar disso, os estudantes do Pedro II se mostraram, aparentemente, mais politizados, por demonstrar mais conhecimento dos problemas estudantis e dos problemas da organização do movimento estudantil e do grêmio; entretanto, existem alguns elementos em comum.

A acomodação que está disfarçada na falta de interesse está presente nos dois colégios e em toda a sociedade devido à atuação da ideologia dominante. Cabe destacar que a naturalização dos problemas foi muito mais presente nas respostas dos estudantes do João Alfredo.

A falta de um grêmio, no João Alfredo, e a ineficácia do grêmio do Pedro II não contribui para que os estudantes saiam da acomodação e não os instiga a lutar pela mudança das suas realidades nem no âmbito

escolar e nem fora dele. Por isso, é possível concluir que o grêmio não funciona como um educador político na prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição que faz parte do título deste trabalho serve também para a reflexão ao final dele. De acordo com todo o referencial teórico estudado percebi que o grêmio é um educador político em potencial, já que estimula a organização e a mobilização em torno de uma consciência crítica.

O grêmio, nas suas funções de representar e defender os direitos dos estudantes, conseqüentemente os instiga a lutar por eles também. Com atividades culturais, esportivas e políticas, o grêmio mostra que a luta por outra sociedade não só é possível, mas necessária.

O contexto histórico atual, marcado pela diminuição com os gastos sociais e ampliação das desigualdades sociais, poderia ser entendido como uma conjuntura potencialmente favorável à organização e mobilização da classe trabalhadora. Entretanto não é isso que observamos, dada à correlação de forças, configurada pelo refluxo da classe trabalhadora no que diz respeito à sua capacidade de mobilização em torno de suas bandeiras de luta, que acaba por gerar aceitação e acomodação diante da conjuntura que vivemos fortalecidas pela eficácia social da ideologia dominante.

Essa ideologia é expressa por todas as instituições da sociedade passando pela igreja, família até chegar à escola, fazendo com que a classe trabalhadora aceite suas condições de vida como as possíveis, já que a mudança é considerada utópica pela sociedade.

A força da ideologia dominante para a manutenção da alienação na sociedade e para permitir o funcionamento da máquina do capitalismo tem sido muito eficaz, apesar de deixar espaços gerados pela contradição que servem para o questionamento.

No estudo da realidade nos campos de pesquisa, percebemos que a vanguarda que tem a função de conscientizar, também está totalmente a mercê da alienação e da falta de um direcionamento por parte das entida-

des estudantis (UNE e UBES), que também se encontram desmobilizadas.

Por isso, apesar da afirmação categórica feita ao longo desse trabalho, de que o grêmio é um educador político, na prática isso não se configura devido não só ao momento de refluxo da participação política, mas também da atuação da ideologia dominante sobre os dominados.

Este cenário parece, aos olhos da maioria da população, interminável e impossível de se mudar. Mas a cada crise, a cada greve, a cada mobilização, os dominados mostram a sua força e, ao mesmo tempo, os espaços deixados pela contradição do sistema para a luta e a reivindicação.

Ao analisar a história, podemos perceber que os momentos de ascensão e refluxo da participação política são muitos e se alternam. Portanto, por mais que as coisas pareçam difíceis de mudar, a utopia deve ser sempre o caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir (org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. p. 9-23.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2003.

BESSA, Valéria da Hora et al. *Grêmio estudantil: um dispositivo para a participação dos alunos na gestão do processo escolar*. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 24. *Anais...* Caxambu: Anped, 2001. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/24/p2072242924183.doc>. Acesso em: 10 maio 2010.

BOITO JÚNIOR, Armando. *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

BOTELHO, Marjorie de A. *A ação coletiva dos estudantes secundaristas: passe livre na cidade do rio de janeiro*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

BRANDÃO, Carlos R. *O que é educação*. São Paulo: Brasiliense, 1988. (Primeiros Passos).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985: dispõe sobre a organização de entidades representativas dos estudantes de 1º e 2º graus e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 nov. 1985. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7398.htm. Acesso em: 6 mar. 2012.

CALDART, Roseli Salete. *Pedagogia do Movimento Sem Terra: escola é mais do que escola*. Petrópolis: Vozes, 2000.

DIAS, Edmundo Fernandes. Capital e trabalho: a nova dominação: decifra-me ou te devoro. *Revista Universidade e Sociedade*, Brasília, v. 6, n. 10, jan. 1996.

FERNET, Selma P.; PELOZO, Rita de Cássia B. Grêmio estudantil: importante mecanismo de atuação dos estudantes. *Revista Eletrônica Científica de Pedagogia*, v. 5, n. 9, jan. 2007. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/pedagogia09/pages/artigos/edic09-anov-art08.pdf>. Acesso em: 10 maio 2010.

FIORI, José Luís. *Consenso de Washington*. Rio de Janeiro: CCBB/FEBRAE, 1996. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/direitosglobais/textos/consenso_w.htm. Acesso em: 10 ago. 2010.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere: introdução ao estudo de filosofia: a filosofia de Benedetto Croce*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. V.1.

_____. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

IASI, Mauro. Educação e formação da consciência crítica. Palestra do Colóquio Ciência e Política: 25 Anos de Educação Politécnica na Saúde. Rio de Janeiro, 19 abr. 2010. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=6&Num=159&Sub=1>. Acesso em: 12 maio 2010.

LENIN, Vladimir I. *Que fazer? As questões palpitantes do nosso movimento*. São Paulo: Hucitec, 1979. (Pensamento Socialista).

LESSA, Sérgio. Trabalho e sujeito revolucionário: a classe operária. In: MATTA, Gustavo; LIMA, Júlio César França (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: condições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Editora Fiocruz, 2008. p. 129-135.

MAO TSÉ-TUNG. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1979. p. 175-185.

MARX, Karl. *O capital*. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. V. 1, t. 2.

PEREIRA, Isabel Brasil. Formação política e ensino médio: a reconstrução do movimento estudantil secundarista no Rio de Janeiro (1976-85). In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Temas de ensino médio: trilhas da identidade*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2004. p. 101-121.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INFLUÊNCIA DA MEDICINA COLONIAL NO DESENVOLVIMENTO DA FARMÁCIA BRASILEIRA

Nicolas do Nascimento Cavalcante¹

INTRODUÇÃO

A utilização de plantas no combate as enfermidades que atingem o homem é aplicada desde a Pré-História e evoluiu como uma prática milenar anexada à cultura de diversos povos. Na Pré-História um dos fatores que garantiu a sobrevivência do ser humano foi a busca por plantas tanto para o consumo alimentar, o que posteriormente levou ao surgimento da agricultura, quanto para a cura de doenças. O uso de plantas com finalidade terapêutica vem, rotineiramente, acompanhado do estudo sobre o efeito das mesmas.

Observa-se assim que na Idade Antiga, ou mesmo antes, na sociedade greco-romana há uma grande preocupação com a identificação e a descrição das técnicas de botânica, agricultura e farmacologia. Na Idade Média, na Europa Ocidental, o poder curativo das plantas passa a estar extremamente associado à superstição e às crenças da época, que sofrem, posteriormente, transformações com a influência da terapêutica árabe e do período renascentista.

A medicina da Idade Média pode ser resumida a pratica e leitura dos fundamentos descritos pelos antigos, principalmente, por Hipócrates, na Antiguidade grega, e Galeno, influenciado por Hipócrates, no século II. Ao longo da Idade Média recorre-se a esses dois “autores” como fonte

¹ Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Engenharia Mecânica no Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET-RJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso contou com a orientação da professora-pesquisadora Tânia de Oliveira Camel (doutora em História e Filosofia da Ciência), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: nick_nascimento_12@hotmail.com

de conhecimento. Eles são também lembrados por outros responsáveis da “arte da cura” por ocasião das novas descobertas que se opõem ao conhecimento anterior, ou seja, de forma constante, contestam-se as observações do corpo humano contidas em seus escritos.

Além de comentar os principais tratados da coleção hipocrática, Galeno foi o primeiro compilador dos comentadores anteriores. Com ele, Hipócrates e os tratados hipocráticos foram conhecidos à luz de sua filosofia natural, ela própria um esforço monumental para reconciliar Hipócrates, Platão e Aristóteles. Esse esforço resultou no *hipocratismo galênico* e reinou até o século XV, quando médicos e filósofos, influenciados pelos humanistas, passaram a exigir obras “puras”, livres de comentários e interpretações. (REBOLLO, 2006, p. 46)

O ensino de medicina nas universidades europeias, a partir de 1200, estava fundamentado no princípio hipocrático de que todas as doenças tinham por causa o desequilíbrio dos humores no corpo humano.

Nessa época, epidemias como a peste negra eram frequentes na Europa, o que resultava na diminuição da expectativa de vida da população. O uso de sanguessugas, sangrias, administração de vomitivos, purgativos, suadores e outras técnicas era comum e empregado com critérios baseados em tentativas e erros. Neste contexto, os médicos seguiam apenas um dos conceitos de Hipócrates, em geral, a lei dos contrários.²

Conclui-se e afirma-se, sinteticamente, que a “medicina”, durante o período medievo, estava aliada as responsabilidades sacerdotais, e grande parte da produção de conhecimento médico das poucas universidades, no final da Idade Média, ficava sob julgamento do clero. Deste modo, as práticas curativas da época provinham então das observações físicas herdadas da Antiguidade (Roma e Grécia) e dos ensinamentos da terapêutica árabe. Os poucos indivíduos, em sua maioria eclesiásticos, que se dedicavam a prestar assistência aos doentes baseavam seus métodos curativos na descrição e interpretação do corpo e das doenças oriundas da civilização grega.

² *Contraria Contrariis* é a chamada lei dos contrários, em que os sintomas são tratados diretamente com medidas contrárias a eles (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997, p. 347-348).

Com o fim da Idade Média e a ascensão da “conquista” do “Novo Mundo” através das expedições marítimas pelos europeus, lideradas novamente pelas instituições religiosas, o homem europeu busca nas novas terras americanas um mundo de possibilidades descritas pelos primeiros viajantes e cronistas que aqui estiveram.

A medicina em Portugal, nos séculos XII e XIII, era exercida pelos eclesiásticos. Os jesuítas, ao chegarem ao Brasil, mantiveram essa tradição de aliar a assistência espiritual e corporal ao trabalho de catequese. Além de receitar, sangrar, operar e partejar, criaram enfermarias e farmácias. Como as drogas de origem europeia e asiática eram raras e tinham um preço exorbitante valeram-se dos recursos medicinais dos indígenas. (EDLER, 2006, p. 33)

O desconhecimento da geografia e da comunidade biológica aqui presentes foram obstáculos que retardavam o domínio e a organização de uma estrutura econômica e administrativa desta colônia. Observa-se que ao longo de toda a colonização, os colonos e viajantes se tornavam dependentes diretamente dos recursos disponíveis obtidos a partir da exploração dos próprios recursos da colônia portuguesa na América. Todavia a escassez de conhecimento sobre as novas terras americanas era um dos maiores problemas a ser enfrentado. Nesse contexto, chegaram ao Brasil as ordens religiosas e entre elas a Companhia de Jesus que se encaixa perfeitamente neste modelo de terapêutica. Um dos papéis que o jesuíta assumiu, na história brasileira, foi o de compilador dos conhecimentos dos habitantes nativos sobre a natureza, o que incluía os ensinamentos “médicos” sobre o potencial da flora brasileira. É possível concluir que o jesuíta é uma figura de extrema importância para medicina colonial e posteriormente para a constituição da farmácia no Brasil.

Estabelecidos em Portugal, coube aos jesuítas a tarefa missionária e educacional em seus domínios ultramarinos, e sua ação na área da saúde integrou estes ideais, onde quer que se tenham fixado, atuando no tratamento de doenças e epidemias, fundando hospitais, estudando as plantas curativas da região e mantendo eficientes boticas e enfermarias em seus colégios na Europa, na África, no Oriente e no Brasil. (CALAINHO, 2005, p. 62)



O presente trabalho aborda como a fitoterapia indígena, juntamente, com os conhecimentos médicos trazidos pelos jesuítas, e com as crenças africanas criam uma medicina durante o período colonial. Também se preocupa em mostrar os desdobramentos dessa medicina colonial na ciência brasileira. Mostra que as boticas, nesse contexto, são à chave de ligação entre a fusão desses diferentes conhecimentos, e o desenvolvimento da indústria de produção de medicamentos. Movidos pela investigação da flora brasileira, os cientistas conhecem a capacidade de produção da natureza como base de medicamentos e matéria-prima de produtos. Aponta-se, também, o desenvolvimento da farmácia no século XIX a partir do reconhecimento dos cursos específicos de Farmácia e dos avanços na biologia e na química.

CONDIÇÕES SANITÁRIAS, FITOTERAPIA INDÍGENA E CRENÇAS AFRICANAS

No início da colonização, o encontro de populações vindas da Europa com os indígenas, que já ocupavam este território, e mais a população africana trazida para o regime de trabalho escravo, desperta o surgimento de enfermidades endêmicas que acometem principalmente os povos indígenas. É certo que a matança e a escravização do indígena, principalmente no início do século XVI, contribuíram de forma significativa para a diminuição demográfica desses povos. No entanto, as doenças trazidas pelos colonizadores no início deste século difundiram-se de forma intensa pelo território provocando um alto índice de mortalidade na população indígena.

Doenças endêmicas e infecciosas eram comuns nesta época, como exemplo, a varíola, que foi amplamente encontrada nos relatos dos missionários da Companhia de Jesus, a febre amarela, as disenterias e a malária, que no Brasil tem sua origem atribuída à chegada do homem branco, mas também tal origem pode estar relacionada ao tráfico de negros africanos para o Brasil.

A gravidade da disseminação dessas doenças foi tão catastrófica que em 1563 a varíola, que era a epidemia mais frequentemente encon-

trada, difundiu-se por praticamente todo o litoral brasileiro. O padre José de Anchieta, na sua *Carta do dia 12 de junho de 1561 ao Padre Geral Diogo Lainez*, foi o primeiro a fazer referência a esta doença:

Este ano nos castigou a Divina Justiça com muitas enfermidades, principalmente com câmaras de sangue, que deram maximé nos escravos, de que morreram muitos, e tanto que parecia pestilência (...). Isto nos tem dado muito trabalho, porque de dia e de noite não cessávamos de os confessar, e acudir com os remédios que podíamos, maximé em Piratininga, em que os Irmãos são médicos espirituais e corporais, e tudo depende deles, onde não havia casa sem doentes, e em algumas havia três e quatro, de maneira que se havia mister, dia e parte da noite, para os sangrar, curar e confessar. (RIBEIRO, 1971)

As condições sanitárias da população branca e pobre, ou seja, que não ocupava cargos públicos, não pertencia ao clero, não tinha formação específica (médicos, engenheiros, letrados, artistas etc.) e não tinha posses (fazendeiros, comerciantes etc.), eram extremamente insalubres, similares a dos escravos negros e indígenas. Essa população pobre recorria a tratamentos de doenças que fossem mais rápidos e acessíveis, mesmo que não tivessem sua eficácia comprovada. Era comum unir formas de curas de origem europeia (sangria, operações, mezinhas) com formas de cura das tradições da cultura negra.

Apesar da repressão exercida pela cultura da sociedade europeia e pelas autoridades coloniais, o conhecimento dos africanos sobre venenos, antídotos e métodos curativos como tisanas e cataplasmas manteve-se no Brasil. Este saber na área da saúde quase sempre estava associado a crenças e mitos das religiões africanas. Por esse motivo, os curandeiros atendiam os escravos, como também as pessoas das camadas sociais mais baixas.

A medicina indígena foi amplamente usada por todos que por aqui passaram, incluindo colonos portugueses que dispunham de capital para o tratamento com médicos e cirurgiões europeus. Entretanto é preciso fazer uma ressalva na descrição dos costumes indígenas, pois esses são relatados somente por portugueses que, em sua maioria, veem o índio através do olhar preconceituoso do homem europeu. Não há relatos de

documentos escritos pelos próprios indígenas, mas podemos afirmar com confiança que, até os dias de hoje, a cura e a doença nesses grupos estão diretamente ligadas ao domínio espiritual. A força do sobrenatural nos índios aponta uma explicação para a importância do pajé na sociedade colonial, onde este líder detinha tanto o saber sobre o método de sangria, como sobre o uso de plantas alucinógenas.

O conhecimento dos indígenas sobre o efeito do consumo de partes de plantas também é verificado na utilização de venenos, oriundos dessas plantas, em flechas para a caça (curare era o nome sintético para esses venenos). O gênero *Strychnos* era muito utilizado na preparação de curare e, posteriormente, descobriu-se o efeito antimalárico das espécies de vegetais desse gênero. A tungíase era uma doença muito frequente no Brasil colonial, pois o inseto causador de tal enfermidade, o bicho-de-pé (*Tunga penetrans*) era bastante comum no Brasil. As formas de tratamento para esse mal eram as mais diversas e entre os indígenas era comum o uso de uma planta nomeada hibourouhu, de onde se retirava o óleo colocado na ferida causada pelo inseto. O quadro 1 ilustra como algumas plantas, que foram identificadas atualmente a partir dos relatos dos colonizadores portugueses, eram utilizadas pelos indígenas.

Quadro 1 – Algumas plantas medicinais utilizadas pelos indígenas, descritas pelos colonizadores portugueses.

Nome Indígena	Nome vulgar	Indicação Medicinal	Classificação Botânica
Acajá	Cajá	Febre	Fam. Anacardiáceas; Gen. <i>Spondias</i>
Acaju	Caju	Febre, exaustão Cicatrização de feridas (casca)	Fam. Anacardiáceas Gen. <i>Anacardium</i>
Ambaigba	Imbaúba	O “olho” é usado nas feridas e o óleo pelos cirurgiões	Fam. <i>Urticales</i> Gen. <i>Cecrópia</i>
Andá	Purga-dos-gentios	Laxante (noz) Antidiarreico (casca)	Fam. <i>Euphobiácea</i> Gen. <i>Jatrofa</i>

Nome Indígena	Nome vulgar	Indicação Medicinal	Classificação Botânica
Caapeba	Parreira-brava Erva-de-nossa-senhora	Combate o edema e as feridas	Fam. <i>Menispermácea</i> Gen. <i>Cissalpelos</i>
Caaromoçarandiga	Maçaranduba	Boubas e corrimentos (casca e suco)	Fam. <i>Sapotáceas</i> Gen. <i>Mimusops</i>
Câmara-aipo ou Campuaba	Erva-de-santa-maria Mentrasto; Mastruço	Vermífugo Cozida na água lavava-se os pés	Fam. <i>Salsolaceas</i> Gen. <i>Chenopodium</i>
Cabureigba	Cabreúva	Cura de feridas recentes; Desaparecimento de cicatrizes antigas	Fam. <i>Leguminosas</i> Gen. <i>Myroxylon</i>
Caraguatá	Gravatá	Antisséptico	Fam. <i>Bromeliáceas</i> Gen. <i>Bromélia</i>
Cayapiá	Carapiá Contra-erva	Febres; Antídoto contra picadas de animais peçonhentos	Fam. <i>Noréas</i> Gen. <i>Dorstenia</i>
Cupaigba	Copaíba	Ferimentos e dores de barriga (óleo)	Fam. <i>Leguminosas</i> Gen. <i>Copaíferas</i>
Goemgeguaçu	Imbé (cipó)	Anti-hemorrágico (casca)	Fam. <i>Aráceas</i> Gen. <i>Philodendron</i>
labigrandi	Jaborandi	Doenças hepáticas; Dor de dente	Fam. <i>Rutáceas</i> Gen. <i>Piper</i>
Ianipaba	Genipapo	Boubas (tinta); Desordens digestivas	Fam. <i>Rubiáceas</i> Gen. <i>Genipa</i>
Igcigca ou icica	Almecegueira	Emplastros (óleo); Antisséptico, cicatrizante	Fam. <i>Burseráceas</i> Gen. <i>Bursera</i>
Igpecacoaya	Ipecacuanha ou poaia	Distúrbios digestivos	Fam. <i>Rubiáceas</i> Gen. <i>Cefalis</i>
Ingá	Ingá	Doenças hepáticas (caroços)	Fam. <i>Leguminosas</i> Gen. <i>Ingá</i>
Maracujá	Maracujá Grenadilha	Febre (frutos); Distúrbios respiratórios (folhas)	Fam. <i>Passiflora</i> Gen. <i>Passiflora</i>

Nome Indígena	Nome vulgar	Indicação Medicinal	Classificação Botânica
Nana	Ananaz	Antiemético	Fam. <i>Bromeliáceas</i> Gen. <i>Ananassa</i>
Petume	Erva-santa Tabaco	Distúrbios digestivos, respiratórios e nervosos	Fam. <i>Solanácea</i> Gen. <i>Nicotina</i>
Salsaparrilha	Salsaparrilha Japecanga	Boubas e doenças venéreas ("olhos" da planta)	Fam. <i>Smiláceas</i> Gen. <i>Smilax</i>
Tareroquig	Fedegoso Mata-pasto	Digestivo, distúrbios sanguíneos, doença do "bicho"	Fam. <i>Leguminosa</i> Gen. <i>Cássia</i>

Fonte: Extraído de Gurgel, 2004.

SURGIMENTO DAS BOTICAS E INÍCIO DA PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS

Pode-se afirmar com certeza que durante este processo missionário e de contato com a natureza brasileira, no que concerne à saúde da colônia, os inacianos³ constituíram o elo entre Brasil e Portugal através das correspondências trocadas. Alguns já traziam, em sua formação, certos conhecimentos médicos do período, todavia outros como José de Anchieta aprendiam de modo espontâneo.

Os inacianos incorporaram esta tarefa aos árduos ideais missionários e educacionais, mantendo em seus colégios boticas e enfermarias e atuando informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões. A escassez de médicos, pelo menos até o século XVIII, o alto preço das drogas e dos remédios oriundos de Portugal e do Oriente e a sua frequente deterioração nos navios e portos obrigaram-nos [aos jesuítas] a se voltarem para os recursos naturais oferecidos pela terra e para os saberes curativos dos indígenas. (CALAINHO, 2005, p. 61)

³ Jesuítas assim chamados por pertencerem à ordem cujo fundador foi santo Inácio de Loyola.

Eles atuavam relacionando a educação religiosa com a visão da Igreja sobre o corpo. Um dos pilares de sustentação do trabalho dos inicianos na colônia foi a sistematização desses conhecimentos empíricos sobre a medicina colonial nas boticas anexas aos seus colégios. As boticas eram mantidas junto aos colégios e se instalaram nas principais áreas da colônia, como a província da Bahia, que se tornou a botica mais famosa, do Pará, do Rio de Janeiro e do Maranhão. É comum, hoje em dia, confundir o termo “botica” com o termo farmácia (loja) ou drogaria, contudo é importante destacar que a botica fundada, no Brasil, pelos jesuítas não apresentava a configuração atual de uma farmácia e se assemelhava muito mais a uma oficina que armazenava os materiais para a produção de medicamentos. A botica oferecia ao público seus recursos e cobrava, normalmente, daqueles que possuíam mais riquezas e, deste modo, não só os boticários acumulavam capital para reinvestir na própria botica, como também para as necessidades do colégio e para o aumento das posses da Igreja na colônia.

No Brasil, as boticas tiveram importante papel na produção e difusão institucional das práticas e conhecimentos terapêuticos, tendo sido trazidas para o País principalmente por cirurgiões-barbeiros, boticários, jesuítas e também mascates, durante o período colonial. Além de introduzi-las, médicos, cirurgiões, barbeiros e boticários diagnosticavam as doenças e eram responsáveis pelo ofício de curar. (FERNANDES, 2004, p. 28)

A partir do século XVIII, inicia-se em Portugal o processo de apropriação dos bens e expulsão dos jesuítas de Portugal e de suas colônias. O processo que culmina, em 1759, no confisco dos bens da Companhia de Jesus e na expulsão de seus integrantes dos domínios portugueses teve como iniciativa as diretrizes da política antijesuítica do Marquês de Pombal. Estadista português, o Marques de Pombal⁴ começa, no reinado de D. José I, um processo de limitação do poder

⁴ Sebastião José de Carvalho e Melo, como Secretário do Estado do Reino, entra, na segunda metade do século XVIII, num cenário de crise marcado pela mudança de um ciclo comercial, que vai do declínio da mineração à ascensão do comércio inglês. Pombal, em consonância com o idealismo do espírito das luzes e visando, dentro desse contexto, consolidar seu ministério, atua centralizando o poder do reinado e controlando a administração da Colônia, o que tem como consequência a restrição de privilégios de grupos concorrentes, dentre eles a Companhia.

e influência da Igreja Católica em Portugal. Observando o acúmulo de riquezas, pela Igreja, tanto em Portugal quanto nas colônias, o Marquês confisca as propriedades, terras e bens dos jesuítas como fazendas, engenhos, objetos de valor dos colégios e até receitas de medicamentos que pertenciam a essa ordem.

O impacto econômico da expulsão e do confisco do patrimônio jesuítico foi, sem dúvida, significativo para os cofres reais, mas uma parte dos bens possuía valor muito mais cultural ou religioso do que propriamente econômico. Este é o caso, por exemplo, das relíquias do padre Anchieta, remetidas a Lisboa no mesmo navio que conduziu os jesuítas para o exílio (...). A questão econômica ocupou um papel de destaque no processo que levou à expulsão dos jesuítas de Portugal e seus domínios ultramarinos a partir de 1759 (...). Motivada por um conjunto diversificado de interesses e justificativas, a expulsão dos jesuítas se insere em um processo amplo de busca de redefinição do papel social e do lugar ocupado pela Igreja no âmbito da esfera política e da ordem pública. (SANTOS, 2008, p. 191)

Mesmo após a expulsão dos jesuítas no século XVIII, a religião católica continuava presente na cultura médica do período colonial dando assistência tanto aos colonos quanto aos escravos, aos militares e a outros imigrantes através do baixo clero e de outras ordens religiosas como o hospital da Ordem da Misericórdia (EDLER, 2006).

Até o início do século XIX, as boticas desempenharam na constituição da farmácia a relevante função de difusor da produção de medicamentos e dos conhecimentos terapêuticos da época. A botica também se tornou de extrema importância para a medicina colonial por associar o uso de plantas nativas às práticas de cura, trazidas por médicos, cirurgiões, barbeiros e outros. No final do século XVIII o modelo tradicional de botica instituída pelos jesuítas vinha se mantendo de forma similar ao da “corporação de ofício”. Com o olhar voltado para os possíveis lucros do comércio de drogas, a administração portuguesa estabelece, desde o século XV, legislações que davam diretrizes para o funcionamento da prática dos boticários. As legislações tinham, realmente, o objetivo de fiscalizar e coibir o comércio ilegal de medicamentos (FERNANDES, 2004).

Dentre as principais legislações podemos citar as Ordenações dos

reis de Portugal, que de início não tratavam da botica especificamente e sim de todo tipo de comércio nos domínios portugueses, mas que com a expansão do câmbio de medicamentos entre Colônia e Metrópole, passaram a fixar padrões para este comércio. As *Ordenações Manuelinas* (do rei D. Manuel I) e as *Ordenações Filipinas* e *Afonsinas* regulavam de forma genérica a adoção de medidas pelas lojas de oficina, onde o boticário trabalhava, e determinavam o tratamento da botica como um tipo de comércio (MARINHO, 1986).

As *Ordenações Afonsinas* de 1446 (de D. Afonso V) são a compilação de um conjunto de leis designadas para facilitar a administração e coordenar o direito vigente. As *Ordenações Afonsinas* foram substituídas, e serviram de referência às *Ordenações Manuelinas*, que tinham o mesmo objetivo das anteriores, mas representavam a atualização das leis para o novo reinado do rei D. Manuel. Já em 1595, o mandato de Felipe I estabeleceu as *Ordenações Filipinas*, que diferentemente das anteriores, legislava acerca dos pesos e medidas utilizados pelos boticários. Como qualquer outro comerciante, os boticários deviam mantê-los padronizados de acordo com o seu ofício. O boticário só podia vender suas mezinhas sob licença e mediante a prescrição do médico ou cirurgião. Segue-se um trecho do *Título 86 do V livro das Ordenações Filipinas*:

- E os Boticarios as não vendão [matéria-prima de medicamentos], nem despendão, se não com os Officiaes, que por razão por seus Officios as hão mister, sendo porem Officiaes conhecidos perlles, e Laes, de que se presuma as não darão à outras pessoas (...)
- E os Boticarios poderão metter em suas mezinhas os ditos materiaes, segundo pelos Medicos, Cirurgiões, e Escriptores fôr mandado.

Em 1640, as boticas são reconhecidas pelo estado português e necessitam, portanto, para seu funcionamento da posse de “cartas de aprovação” que eram emitidas em Coimbra e davam autorização para o boticário estabelecer seu comércio. A fiscalização dessas casas cabia ao físico-mor auxiliado, normalmente, por outros boticários que aferiam, em teoria, as condições de armazenamento e venda dos “medicamentos” nas boticas. A aprovação dos boticários em Coimbra era concedida com certa facilidade mediante o exame do requerente por um delegado ou físico.

A CIÊNCIA NO BRASIL E AS FARMACOPEIAS

Posteriormente, a preocupação com a qualidade dos medicamentos gerou legislações que regulavam as atividades mercantis e visavam uma maior fiscalização do comércio dos boticários, que costumavam receitar por conta própria. Uma das tentativas de normatização da prática dos boticários é a instituição da “Pharmacopeia Geral” por ordem da Rainha D. Maria I. Somente após a Independência, ações mais específicas e voltadas para a fiscalização das farmácias foram criadas. Em 1851, impulsionada pela epidemia de febre amarela do Rio de Janeiro, surge a Junta de Higiene Pública que se tornaria no mesmo ano a Junta Central de Higiene Pública. Era competência desse órgão o controle do exercício de profissões ligadas à saúde e a fiscalização, como polícia sanitária, das potenciais áreas geradoras de riscos (MARQUES, 1995).

A segunda metade do século XVIII é marcada por mudanças no meio científico, importantes para o Brasil e Portugal. Em Portugal, observa-se o fenômeno de florescimento de academias, a exemplo do que ocorrera em grande parte da Europa a partir do século XVII, e posteriormente nas suas Colônias. A Academia de Lisboa, em 1663, e, posteriormente, a Real Academia Médico Portopolitana, em 1749, nasceram deste movimento. Impulsionada por um crescimento da atividade científica na Europa, pela vinda de expedições científicas para o Brasil e pela descoberta de minas valiosas de ouro e diamante, a Coroa portuguesa incentiva o estudo acadêmico de disciplinas de engenharia, principalmente a militar. Merece também destaque no avanço da ciência no Brasil a fundação da Academia Científica no Rio de Janeiro que agregava cursos como os de Anatomia, Química e Farmácia. Apesar de demonstrar uma preocupação com o avanço dessas seções, a academia não conseguiu manter e organizar as atividades científicas, o que levou em pouco tempo à dissolução da mesma.

Estas mudanças ocorreram, é claro, no contexto e em consonância com o crescente movimento iluminista na Europa. Ao iniciar o século XIX, o pensamento iluminista projeta a ideia de que a natureza deveria ser utilizada da melhor forma para o proveito do homem, ou seja, os recursos naturais poderiam ser explorados pela indústria e pela ciência para o desenvolvi-

mento da civilização europeia. A ciência ganha, deste modo, na percepção intelectual da época um sentido mais prático e produtivo em relação ao que se desenvolveu antes. Neste cenário, o Estado português, tido como “atrasado” em relação às grandes nações europeias incentiva e adota uma política de maior valorização e divulgação das riquezas naturais de suas colônias. Tomado pelo “espírito das luzes”, a administração portuguesa aumenta os investimentos para o fomento à ciência e influencia a promoção do fluxo de informações entre o Novo e o Velho Mundo. Uma das consequências desses fatos é, novamente, o investimento em expedições, como a de Langsdorff, que será citada mais a frente, agora de cunho científico, com o objetivo de investigar as potencialidades da flora do Brasil.

Ao que foi dito, soma-se o fato de, a partir do início do século XIX, a prática dos boticários começar a ganhar formação específica para a área, com a criação de cursos gratuitos em 1818, pelo farmacêutico José Caetano de Barros, destinado a médicos e boticários. A instauração do Império trouxe mudanças para o ensino da prática médica no Brasil. Dentre as mudanças, a criação dos cursos de Farmácia nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia foi uma grande contribuição para a regulamentação do exercício da profissão do boticário que começa a perder o antigo caráter puramente empírico. Os cursos de Farmácia que foram instituídos a partir de 1830, em geral, possuíam duração de três anos e estavam ligados às faculdades médicas. Isto demonstra que havia no período uma hierarquização dos profissionais de saúde, onde a figura do médico centralizava as atribuições profissionais da área da saúde como um todo, e se colocava em uma posição superior a de boticários ou farmacêuticos. Em 1839 é criada a Escola de Farmácia de Ouro Preto que, em certa medida, buscava desvincular o curso de Farmácia das faculdades de Medicina, agregando mais atribuições e autonomia para os profissionais desta área.

A respeito das Associações Profissionais de Farmacêuticos, cabe registrar a fundação, no Rio de Janeiro, em 1771, da Academia de Ciências e História Natural, que, no entanto, teve vida curta.

Na verdade, no início, as associações profissionais de farmacêuticos estiveram ligadas às dos médicos. Assim é que a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (atual Academia Nacional de Medici-

na), fundada em 1829, admitia em uma de suas seções a inscrição de farmacêuticos. (MARINHO, 1986, p. 61)

Em Portugal, a influência do conhecimento empírico dos boticários do Brasil é refletida na publicação de farmacopeias que continham formulações medicamentosas baseadas em plantas nativas do Brasil. Estas obras da área farmacêutica serviam também como guia para os profissionais ligados à saúde e conseguiam, deste modo, disseminar o conhecimento oriundo do uso da flora brasileira e apresentar as novidades da medicina colonial às metrópoles europeias.

A relação entre conhecimento científico, principalmente o químico, e a exploração da natureza nas terras americanas ocorrem em função, preferencialmente, da chegada de expedições e cronistas na nova colônia e se intensifica ainda mais pela ocupação holandesa na região nordeste e pela influência de ordens religiosas, como já foi dito. Embora parte desse conhecimento baseado na relação entre Metrópole e Colônia cause grande impacto no desenvolvimento das atividades coloniais, a ciência europeia, por meio de publicações como as farmacopeias, também apresenta marcas dos descobrimentos e observações feitas a partir da natureza do “Novo Mundo”.

A rede de informações produzida pelo Império português e a cooperação internacional entre médicos, botânicos, diplomatas do Velho Mundo e viajantes, boticários, eclesiásticos aqui na América levou à descoberta de novas drogas preparadas a partir de ervas medicinais do Brasil. Os boticários escreveram no Brasil e em Portugal um vasto número de manuscritos que discorriam exatamente sobre procedimentos e anotações de formulações de uso comum na época, levando em conta a experiência particular de preparação de mezinhas de cada boticário. Esses manuscritos são ou deram origem às farmacopeias, que surgiram em grande número no final do século XVIII. Uma das primeiras farmacopeias a surgir, que seria mais um formulário onde constavam métodos e receitas para o trabalho do boticário, foi a *Farmacopéia Lusitana*. Escrita em 1704, por D. Caetano de Santo Antônio, a *Farmacopéia Lusitana* é considerada a primeira Coleção de Receitas (formulações medicamentosas) escritas em português com a ressalva de ter sido escrita por um boticário para o auxílio de outros

boticários, o que não acontecia até então, pois os trabalhos dessa área eram para consulta médica. Assim, esse diferencial mostra o começo da incorporação da Farmácia desvinculada da Medicina na ciência dos domínios portugueses. Esta farmacopeia sofreu ainda três outras edições no mesmo século.

No que consiste na exploração da natureza brasileira, o século XIX foi o período dos novos “viajantes”, em sua maioria naturalistas, como Langsdorff, líder de uma expedição verdadeiramente científica a serviço do governo russo em pesquisas botânicas e entomológicas. Em 1824, o então cientista Georg Heinrich von Langsdorff formado em medicina na Universidade de Göttingen, após passar 5 anos em Portugal, veio ao Brasil acompanhado de outros cientistas formados em áreas diversas. Langsdorff percorreu o interior do Brasil, sobretudo a região Centro-Oeste, reuniu amostras, exemplares, desenhos e catalogou plantas brasileiras que foram enviadas ao Museu de São Petersburgo. O médico descreveu também espécies animais e hábitos de saúde da população do interior do Brasil e encerrou sua viagem comprando, e fixando moradia em, uma fazenda no Rio de Janeiro que se tornou referência para outras expedições europeias (ALVES, 2010).

Calça (2002), ao fazer a resenha do livro *Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista* de Vera Regina Beltrão, resume de forma conclusiva o que ocorreu durante os séculos XVIII e XIX com à relação ciência médica em Portugal e à origem dos saberes curativos no Brasil Colônia:

Em última instância, parte dos medicamentos receitados pelos doutos coimbrãos seria constituída por fórmulas resultantes da aproximação das culturas presentes no Brasil. Mesmo vulgarizados, muitos desses saberes provinham da intuição e do uso secular daqueles curandeiros e pajés conhecedores das matas, em caminhos nunca dantes palmilhados pelos colonizadores. Saberes muitas vezes relegados no plano do discurso por parte dos colonizadores, na prática, teriam sido fundamentais para a constituição da ciência farmacêutica moderna no Ocidente. (CALAÇA, 2002, p. 221)

AVANÇOS CIENTÍFICOS E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Os saberes botânicos e terapêuticos das plantas medicinais brasileiras e as receitas de formulações de medicamentos só viriam a ser compilados pelos próprios farmacêuticos brasileiros em 1926 na *Farmacopéia dos Estados Unidos do Brasil*. Dentre os brasileiros que se destacaram na pesquisa de plantas para fins terapêuticos, podemos citar Theodoro Peckolt (1822-1912) e Joaquim Monteiro Caminhoá (1836-1896) doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia e que esteve à frente do Jardim Botânico do Rio de Janeiro. Publicou sua obra *Elementos da botânica geral e médica* em 1877 para fins didáticos, mas que também se configurou como uma tentativa de catalogar os estudos e as observações sobre as plantas medicinais (EDLER, 2006). Ao se aproximar o final do século XIX, as boticas ainda desempenhavam uma função de extrema importância na venda de medicamentos, no entanto nota-se uma substituição progressiva do boticário pelo farmacêutico, que buscava se afirmar profissionalmente e ganhava cada vez mais relevância na sociedade (FERNANDES, 2004).

Já na última década do século XIX observa-se a constituição de pequenas indústrias farmacêuticas e a chegada de laboratórios estrangeiros em Portugal e no Brasil. Essas indústrias baseavam sua produção em inovações tecnológicas, obtidas a partir de novos conhecimentos surgidos no campo das ciências, principalmente, na biologia, na química e na própria farmácia. Todo esse processo de transformação da farmácia brasileira também se deve ao avanço nos estudos sobre os produtos naturais, ocorrido durante os séculos XVIII e XIX. Esses estudos foram fundamentais para as descobertas na área científica que levaram ao desenvolvimento e surgimento da indústria farmacêutica. Assim o surgimento de farmácias no final do século XIX se tornou possível em função da manipulação de produtos naturais e da compilação do saber popular feita por boticários, em seu comércio, e pesquisadores durante os séculos anteriores. Algumas inovações no campo interdisciplinar da química, biologia e farmácia foram importantes para o aprimoramento da produção de medicamentos e de novos conhecimentos para a indústria farmacêutica.

Para a química e a biologia do século XIX, Pasteur é sem dúvida um dos nomes mais relevantes. Louis Pasteur foi um químico francês que se destacou por realizar experimentos na área de microbiologia, tentando eliminar microrganismos para evitar a contaminação de alimentos. Foi deste modo que Pasteur propôs o aquecimento como solução para o problema da contaminação por microrganismos, criando o processo, que levou seu nome, de pasteurização. Este processo foi importante para o desenvolvimento de vacinas, pois a partir destes experimentos de esterilização, Pasteur reafirmou a tese de que não existia geração espontânea e expôs, mais tarde, a “teoria germinal das enfermidades infecciosas”, que estimulava a investigação dos agentes patogênicos. O próprio Pasteur se empenhou em estudar esses microrganismos e, deste modo, chegou às vacinas. Destaca-se a vacina antirrábica.

A hidrofobia ou raiva, como é mais conhecida, é uma doença infecciosa, causada por vírus e também uma zoonose que afeta aos animais mamíferos como o homem. Na Europa da época de Pasteur, essa doença era um problema grave de saúde pública e demandava uma atenção especial de vigilância das autoridades competentes. A vacina de Pasteur foi significativa para a imunologia e para o controle da doença entre os animais domésticos, hoje a doença se encontra erradicada no meio urbano. Esse avanço tecnológico contribuiu, também, com a indústria farmacêutica e somou-se a outras biotecnologias como os soros⁵ e as vacinas, como a contra tuberculose. Todas essas inovações têm a característica em comum de atuarem no fortalecimento das defesas do corpo, ou seja, são imunobiológicos (GADELHA, 1990).

No Brasil, a relação entre farmácia e química acontece de forma muito próxima devido ao caráter empírico e utilitário da química no Brasil. A descoberta de substâncias químicas com utilidade medicinal em plantas sempre foi de grande interesse de boticários e farmacêuticos, e pode, assim como as descobertas de cientistas europeus, ser considerada como inovação tecnológica que contribuiu para o desenvolvimento da indústria de produção de medicamentos. Um bom exemplo desse fato é a descoberta da pereirina pelo boticário Ezequiel Correia dos Santos, através do isolamento

⁵ Injeções de anticorpos no sistema imunitário do ser vivo com o objetivo de combater toxinas.



do princípio ativo das cascas do pau-pereira (*Geissospermum vellosii*).

Ezequiel Correia dos Santos (1801-1864) foi um boticário, também considerado farmacêutico, que trabalhou no estudo dos princípios ativos de plantas medicinais, com o intuito de produzir medicamentos a partir de substâncias isoladas. Nesse contexto um dos fatos mais notáveis no trabalho deste, que é conhecido como “pai da farmácia brasileira”, foi o isolamento da pereirina, que na verdade tratava-se de um conjunto de alcaloides, sendo o majoritário a geissospermina. O pau-pereira é uma das plantas medicinais brasileiras mais importantes devido a sua larga utilização no período colonial, sua propriedade medicinal de auxílio na digestão estomacal é antiga conhecida dos indígenas que utilizavam a planta para problemas de prisão de ventre. O alcaloide batizado de pereirina é possivelmente o primeiro alcaloide isolado a partir de uma planta da flora brasileira, o efeito desse alcaloide no ser humano, posteriormente, despertou o interesse de pesquisadores estrangeiros na possível produção de drogas a partir dessa substância. Ezequiel contribuiu também na Academia Imperial de Medicina, como membro da Seção de Farmácia (SANTOS, 2007).

No século 19, médicos brasileiros prescreviam banhos com água obtida a partir do cozimento da casca do pau-pereira e xaropes preparados com seu extrato. Na mesma época, os farmacêuticos do país iniciaram pesquisas visando isolar a substância que, nesse vegetal, tinha propriedades medicinais, para comercializá-la em suas boticas (...). Entre esses farmacêuticos estava o brasileiro Ezequiel Corrêa dos Santos (1801-1864), segundo presidente (em 1837) da Seção de Farmácia da Academia Imperial de Medicina, criada no período da Regência, em 1835, e depois fundador e primeiro presidente da Sociedade Farmacêutica Brasileira, fundada em 1851 pelos profissionais do setor. Corrêa dos Santos isolou o princípio ativo do extrato da casca do pau-pereira em 1838, identificou a substância como um alcaloide e deu-lhe o nome de pereirina. Mais tarde, seu filho, também chamado Ezequiel Corrêa dos Santos (1825-1899), continuou os estudos do pai – a monografia que apresentou, em 1848, à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tinha como tema o pau-pereira. (ALMEIDA, 2007, p. 27)

O surgimento da fabricação de medicamentos sintéticos, que determinou o desenvolvimento da indústria farmacêutica nos oitocentos, dependeu de teorias e descobertas da química no início desse século. A ascensão da farmácia e do reconhecimento do farmacêutico como profissional, e não mais como comerciante detentor de saber empírico sobre doenças, só foi possível através da combinação de ciências como botânica e química. As descobertas na química orgânica foram necessárias para que se houvesse um maior conhecimento sobre o funcionamento das drogas. A síntese da ureia (substância orgânica), pelo químico alemão Friedrich Wöhler, a partir do cianato de amônio (substância inorgânica), marcou a história da química e da farmácia, pois consolidou a possibilidade de sintetizar substâncias orgânicas, que são a base dos compostos que compõem os seres vivos, uma vez que, já havia casos anteriores de produção artificial de substâncias naturais orgânicas, tais como óleos e cânfora artificial (NYE, 2003).

Com o avanço na síntese de substâncias, a adoção das fórmulas berzelianas (fórmulas químicas adotadas amplamente, de 1820 em diante, resultantes do trabalho de Berzelius), e o domínio da produção de éter a partir do álcool com o conhecimento da sua reação em 1850, uma nova série de compostos orgânicos que atuavam nos tecidos, nos fenômenos químicos e metabólicos do corpo começou a ser produzida na indústria de medicamentos. O desenvolvimento da indústria de corantes, destacando-se a Alemanha, ocorre em consonância com a pesquisa da síntese de substâncias terapêuticas.⁶

Um desses compostos é a morfina, que é um dos fármacos narcóticos mais usados até hoje e tem o efeito no corpo humano de alívio da dor, que foi isolada pela primeira vez do látex da papoula em 1803, porém sua fórmula estrutural só foi determinada em 1925. Outra substância orgânica produzida na época foi a quinina, que faz parte do grupo dos alcaloides e é usada como analgésico. Essa substância foi descoberta na América

⁶ Foi em 1858 que William Henry Perkin sintetizou um corante que revolucionou o mundo. Ao tentar produzir um remédio antimalária sintetizou uma substância de cor púrpura forte, que se fixava muito bem aos tecidos. Ele a denominou de malveína. Na década de 1870, a Alemanha estava a caminho de se tornar uma grande potência em matéria de produção de corantes, destacando-se três empresas nesse processo: a BASF, a Hoechst e a Bayer.

espanhola através dos costumes dos Incas de utilizar uma determinada árvore, que contém quinina, na cura da febre. Jesuítas também descreveram o efeito curativo dessa árvore, mas foi só em 1820 que a quinina foi isolada por cientistas europeus que rapidamente se interessaram pela importação de plantas que contivessem quinina. Essa história demonstra de forma simples algumas formas de apropriação da flora americana que ocorreram do século XVI até o século XIX.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arte da cura sempre esteve presente em uma grande diversidade de grupos étnicos e culturais e a utilização de plantas com fins curativos é aplicada em todo mundo e esteve presente na história brasileira sofrendo mudanças profundas ao longo dos séculos. Desde o início da colonização, a riqueza da flora brasileira (como fonte de produtos, potencialmente, utilizáveis tanto de forma comercial quanto para práticas de cura) despertou o interesse da Coroa portuguesa.

A primeira fase dos estudos da flora brasileira ocorreu juntamente com o processo de descrição dos viajantes que aqui estiveram. Através do olhar desses viajantes a natureza brasileira foi descoberta pelas nações europeias, e atraiu, no primeiro momento, a curiosidade dos europeus que passaram a utilizar essa flora de forma puramente comercial e extrativista, com o objetivo maior da venda de corantes para o acúmulo primitivo de capital. Todavia, ainda assim, esse tipo de exploração acarretou a necessidade de os colonos retirarem da mata a cura para os diversos males que atingiam a população da época. Posteriormente, ocorreu um processo de intensificação das expedições científicas ao Brasil motivadas pelo impulso decorrente do conhecimento obtido nas ciências naturais e pela ideologia que se estabeleceu na Europa após a Revolução Científica.

Sugere-se, então, que, no Brasil, o processo de substituição das boticas pelas farmácias em finais de 1800 está diretamente ligado a manipulação e análise de produtos naturais oriundos da flora brasileira durante este mesmo século e os anteriores.

Cria-se, assim, desde a colonização, por meio dos cientistas europeus e através do saber popular e empírico dos boticários, a ligação existente entre a fitoterapia indígena e a farmácia que se desenvolve no Brasil a partir do século XIX. Compreender essa ligação permite avaliar melhor as medidas de controle comercial, tomadas pelo governo português sobre o comércio de medicamentos e depois pelo Império e pela República. Observar os erros e acertos cometidos no passado e entender a postura do Estado em relação ao comércio de drogas podem auxiliar de diversas formas no debate sobre as novas políticas adotadas em relação ao consumo de medicamentos fitoterápicos e, ainda, prevenir os problemas atuais em saúde coletiva.

Os produtos de origem vegetal e os medicamentos fitoterápicos, que só na década de 1990, começaram a ser fiscalizados por uma legislação voltada para a área, apresentam uma história, no Brasil, vinculada, mas também diferenciada da indústria farmacêutica e foram comumente utilizados de forma insegura, sem comprovação de eficácia. Compreender a história dos produtos oriundos da flora brasileira e entender como essa história influenciou o desenvolvimento de uma indústria de produção de medicamentos, permite-nos acompanhar e avaliar a preocupação do Estado com a regulamentação destes produtos e ainda planejar melhor as ações de vigilância sanitária com o uso de fitoterápicos que começa a crescer nas últimas décadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Márcia R. et al. Pereirina: o primeiro alcaloide isolado no Brasil. *Ciência Hoje*, v. 40, n. 240, p. 26-31, 2007.

ALVES, Lucio Ferreira. *Plantas medicinais e fitoquímica no Brasil: uma visão histórica*. Tese (Doutorado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia) – Departamento de História, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ANCHIETA, José de. Ao padre Diogo Lainez, de São Vicente, a 12 de junho de 1561. In: _____. *Cartas jesuíticas III: cartas, informações, fragmentos históricos e sermões do padre Joseph de Anchieta*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933.

CALAÇA, Carlos Eduardo. Medicina e plantas medicinais nos trópicos: aspectos da constituição da ciência farmacêutica ocidental. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 221-226, jan.-abr. 2002.

CALAINHO, Daniela Buono. *Jesuítas e medicina no Brasil colonial*. Tempo, v. 10, n. 19, p.61-75, dez. 2005.

CORRÊA, A. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; QUINTAS, L. E. M. *Similia similibus curentur*: notação histórica da medicina homeopática. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 43, n. 4, p. 347-351,1997.

EDLER, Flávio Coelho. *Boticas e pharmacies: uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

FERNANDES, Tânia Maria. *Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GADELHA, Carlos Augusto G. *Biotecnologia em saúde: um estudo da mudança tecnológica na indústria farmacêutica e das perspectivas de seu desenvolvimento no Brasil*. 1990. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.

GURGEL, C. B. *A fitoterapia indígena do Brasil colonial (os primeiros dois séculos)*. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 11. Anais... Rio de Janeiro: Anpuh, 2004. Disponível em: http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305. Acesso em: 6 mar. 2012

MARINHO, Marcelo Jacques Martins da Cunha. *Profissionalização e credenciamento: a política das profissões*. Rio de Janeiro: Senai/DN/DPEA, 1986. (Albano Franco, 8).

MARQUES, Eduardo Cesar. C. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. v. 2, n. 2, p. 51-67, jul.-out. 1995.

NYE, Mary Joe. *Before Big Science: The Pursuit of Modern Chemistry and Physics 1800-1940*. Londres: Harvard University Press, 1996.

ORDENAÇÕES Filipinas. Livro 5, tít. 89: Que ninguém tenha em sua casa rosalgar, nem o venda nem outro material venenoso. Disponível em: <http://www.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/15p1240.htm>. Acesso em: 26 nov. 2011.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiæ Studia*, n. 4, p. 45-82, 2006.

RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Sul Americana, 1971.

SANTOS, Fabricio Lyrio. A expulsão dos jesuítas da Bahia: aspectos econômicos. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 28, n. 55, p. 171-195, 2008.

SANTOS, Nadja Paraense dos. Passando da doutrina à prática: Ezequiel Corrêa dos Santos e a farmácia nacional. *Química Nova*, v. 30, n. 4, p. 1.038-1.045, 2007.



CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: APONTAMENTOS SOBRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO¹

Ramón Chaves Gomes²

Historicamente, o modelo de saúde pública praticado no Brasil tem sido resultado da correlação de forças entre diferentes atores sociais. Essa afirmativa nos possibilita dizer, por exemplo, que a consolidação do direito universal à saúde no Brasil, tal como está redigido no texto constitucional de 1988, esbarra, desde então, permanentemente, em elementos estruturais e conjunturais da formação social brasileira e, além disso, que o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem se dando num espaço de tensão e disputa entre perspectivas e projetos distintos, numa relação que beira o antagonismo.

Nesse sentido, a aprovação constitucional do SUS deve ser entendida como a vitória de uma batalha, ainda que parcial, do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, nesse caso, é importante ressaltar que a presença hegemônica na Constituição de 1988 de elementos identificados com uma das partes deste conflito não encerrou a tensão existente: ao contrário, provocou-a, acentuou-a.

Em outras palavras, a história do SUS é a história de extensas e intensas lutas da – e na – sociedade civil, que em geral concentravam – e ainda concentram – o debate em torno da universalização ou restrição do acesso aos serviços garantidos pelo Estado. A partir da década de 1990,

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0039.0.408.000-10.

² Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Ciências Sociais na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Valéria Fernandes de Carvalho (mestre em Educação), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: ramonchaves2@hotmail.com.

quando o SUS já havia se tornado uma realidade, a tônica desse debate adquiriu novos elementos.

A conformação da realidade brasileira ao longo da nossa história esteve, e ainda está, sujeita à dinâmica das contradições próprias ao modo de produção capitalista. Isto justifica dizer, por exemplo, que no atual contexto de mundialização do capital, o Brasil também experimenta as metamorfoses pelas quais vem passando, nas últimas décadas, o Estado capitalista de modo geral e, especificamente, as relações de trabalho e o campo da seguridade social.

Refiro-me ao atual estágio da história do capitalismo, denominado por alguns autores como “regime de acumulação flexível”,³ no qual predominam formas mais desregulamentadas das relações trabalhistas e notável redução da face pública e social do Estado à classe trabalhadora, cujas consequências podem ser enunciadas na intensa redução dos empregos formais, no aligeiramento da formação profissional, nos vínculos empregatícios temporários, no acúmulo de funções no trabalho e, também, na focalização dos serviços prestados pelo Estado, que ao fim, acabam por intensificar os níveis de exploração para aqueles que trabalham.

Durante a década de 1990, os elementos os quais me referi – que compõe um conjunto de transformações conservadoras da dinâmica sociopolítica e econômica internacional – influenciaram decisivamente as discussões em torno do recém-criado sistema de saúde brasileiro, pois, sua criação estava no bojo dos direitos sociais e políticos em destaque na promulgação de nossa “Constituição cidadã”. Isso posicionava o Brasil na contramão daquilo que se verificava como tendência nos demais países ocidentais: o processo de erosão dos direitos sociais e a “estratégica” redução do papel social do Estado.

No entanto, não tardou para que as forças nacionais conservadoras comesçassem a por em questão as bases fundamentais que sustentavam o projeto de um Sistema Único de Saúde, tal como foi pensado pelo Movimento Sanitarista. Com efeito, na segunda metade da década de 1990, as representações políticas e ideológicas das classes dominantes

³ Para melhor compreensão deste conceito, vide Harvey, 1993, p. 135-176.

passaram, inclusive, a propor um “outro” SUS, com a contribuição decisiva de organismos internacionais, em especial o Banco Mundial.

A assimilação dos pressupostos “neoliberais” pelo Estado brasileiro implicou na distinção entre as funções que seriam típicas e essenciais do Estado e aquelas outras não típicas e essenciais. De acordo com esse novo ordenamento liberal, o setor saúde, junto com a educação, estaria entre as funções “secundárias”, ou seja, aquelas que não eram contempladas pelo “núcleo estratégico” de Estado. Por outro lado, a redução dos gastos públicos recebeu um papel de destaque no conjunto de transformações do Estado brasileiro, inclusive no que se refere à gestão da força de trabalho.

A perda de centralidade que a saúde pública sofreu durante a introdução e consolidação dos preceitos neoliberais no Brasil associada a “necessidade” de redução dos gastos com pessoal gerou um quadro de desvalorização dos trabalhadores da área da saúde, no qual o sintoma mais sentido foi um processo de precarização dos vínculos e relações de trabalho.

Ao mesmo tempo em que é preciso cuidado ao se analisar a adoção de medidas liberalizantes pelos Estados ocidentais, tendo em vista a inserção diferenciada desses países na divisão internacional do trabalho (DIT), o que evidentemente produz desdobramentos igualmente diferenciados, sobretudo entre os países centrais e periféricos. Deve ser também substancialmente importante compreender o modo como a precarização do trabalho incide sobre o conjunto dos trabalhadores no âmbito do SUS, penalizando particularmente uma categoria ou um grupo de categorias mais do que as outras.

É o caso dos técnicos em saúde; é o caso dos agentes comunitários de saúde. Se compararmos esse trabalhador com os outros trabalhadores da equipe da Estratégia Saúde da Família, concluiremos que, principalmente, entre o médico e o enfermeiro, a sujeição dos agentes comunitários de saúde (ACSs), enquanto categoria é mais instável, mais desprotegida e mais desvalorizada.

Por isso, entendo que as questões que envolvem os ACSs, tanto no que se refere à inserção no mercado de trabalho brasileiro quanto à qualificação profissional da categoria, são elementos significativos para pensarmos o estado atual da correlação de forças e as disputas políticas travadas

em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) e, de modo particular, no nível básico da atenção à saúde. Ao mesmo tempo, estes elementos contribuem para uma análise das relações de trabalho em saúde no Brasil, as mutações gerenciais pelas quais vem passando o Estado capitalista brasileiro e os efeitos provocados por esse processo na área da educação e da saúde.

Com o presente artigo, busco apresentar parte do produto de investigação realizada durante o ensino médio,⁴ no qual busquei compreender o processo de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, destacando, principalmente, as contradições e desafios colocados acerca do papel atribuído a esse trabalhador, no que diz respeito à reorganização da atenção básica e à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, à época, recuperei a trajetória recente do ACS, com o objetivo de problematizar o consenso sobre o reconhecimento da importância desse trabalhador, presente em diversos discursos e documentos, acadêmicos ou oficiais, e a realidade das condições e relações de trabalho e qualificação profissional dos ACSs, tendo em vista o profundo contraste dessa relação.

A recuperação da trajetória desse trabalhador revela que tal consenso limita-se ao campo da aparência, colocando, dessa forma, a necessidade do entendimento dos fundamentos e contexto que embasam e sustentam o que, em um primeiro momento, apresenta-se como contradição: a intensa precarização do trabalhador, a quem é atribuído papel central e decisivo na consolidação da Estratégia da Saúde da Família.

Nesse sentido busquei compreender, a partir do conceito de trabalho na abordagem ontológico-histórica, a totalidade do fenômeno da precarização do trabalho, através do contexto das mutações necessárias ao Estado capitalista para garantir seu processo de acumulação de capital. Ao mesmo tempo, esforcei-me em desmistificar a imutabilidade da história, apresentando a luta organizada dos ACSs como a grande responsável pelas conquistas da categoria, expressas em legislação.

⁴ “A questão da precarização do trabalho dos ACS: uma análise do município do Rio de Janeiro”, trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico de Nível Médio em Saúde com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde.

Por fim, baseei-me na perspectiva de que o caráter do trabalho e da formação dos ACSs constitui-se como um processo marcado por disputas originárias de concepções antagônicas de trabalho, educação e saúde, o que me estimulou a analisar tanto documentos que sistematizam e são referência para as atuais formas de contratação e formação precárias dos ACSs quanto entrevistas com dirigentes do sindicato da categoria no município do Rio de Janeiro, no sentido de compreender as implicações da precarização para os trabalhadores, assim como a fragilização e limites que a precariedade impõe ao avanço e concretização do SUS e da saúde no sentido ampliado e universal.

Estará fundamentalmente presente neste artigo a última parte dessa investigação anterior, qual seja: a apresentação das concepções que orientam às práticas dos gestores municipais, no que se refere aos vínculos de trabalho e a formação profissional dos ACSs, assim como, o relato dos trabalhadores sobre as implicações desse processo de precarização ao qual estão submetidos.

Mas, antes de nos concentrarmos especificamente neste aspecto é necessário aprofundarmos algumas questões.

As análises das trajetórias recentes de saúde comunitária no Brasil revelam que os agentes comunitários de saúde cumprem um papel central nas experiências que foram desenvolvidas, independentemente das estratégias para viabilizar as metas de atenção, sendo considerados, pelos autores que se debruçam sobre o tema, um elo entre os serviços de saúde e a população; entre o conhecimento científico e o conhecimento popular e, numa visão ampliada, uma ponte facilitadora ao acesso à cidadania e ao direito à saúde.

Isto é, entre documentos oficiais e produções acadêmicas sobre o tema é comum encontrar termos que associam o cumprimento das metas dos diversos programas de atenção básica à saúde, nos últimos anos, a importância do trabalho dos ACSs. No discurso da Estratégia Saúde da Família (ESF), atualmente a principal proposta de reorganização da atenção básica e de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, os ACS são vistos como a força capaz de impulsionar e conduzir os princípios e diretrizes do SUS.

É interessante notar que elevado grau de responsabilidade é dirigido a trabalhadores com um histórico de direitos trabalhistas extremamente frágeis, em que são corriqueiros contratos de trabalho indireto, temporário; formação simplificada, que não contempla a complexidade das ações de cuidado à saúde; baixos salários e desvalorização profissional.

É verdade que, ao menos na legislação, avanços foram obtidos através das lutas empreendidas pelas organizações políticas da categoria e também com a decisiva contribuição de sujeitos coletivos, como o Ministério Público do Trabalho (MPT) que, em diversos momentos, pressionou os municípios para que regularizassem as formas de seleção e contratação dos ACSs.

Em outras palavras: as mudanças ocorridas na legislação que regula o trabalho dos ACS foram resultado de uma intensa luta travada pela categoria em diversos espaços públicos, em especial, no Congresso Nacional, na qual o maior protagonista desse processo foi a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs).

Toda a década de 1990 foi marcada por tramitações de projetos de lei no Congresso Nacional, no sentido de definir o perfil dos agentes, a forma com a qual se regularia o vínculo institucional dos ACSs e a formação requerida para o exercício dessa profissão.

Nesse sentido, destaco:

1. Aprovação da lei nº 10.507, que cria a profissão do agente comunitário de saúde e garante, em parágrafos únicos, que o exercício da profissão de ACS dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Além de caracterizar como exercício da profissão as atividades “de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local” (BRASIL, 2002a).
2. Aprovação da emenda constitucional nº 51 (EC 51), que altera o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e garante ao agente comunitário de saúde o vínculo institucional direto com estados, distrito federal ou municípios por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação (BRASIL, 2006b).

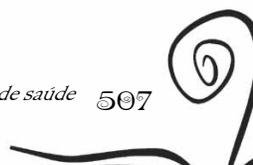
3. Lei nº 11.350, aprovada pelo Congresso Nacional no dia 5 de outubro de 2006 que regulamenta o parágrafo 5º do artigo 198 da Constituição, dispondo sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51 (BRASIL, 2006a).

Em entrevista à revista *RET-SUS* de junho de 2006, a então presidente da Conacs, Tereza Ramos, afirmou que a aprovação da EC 51 foi possível somente através da luta travada pelos agentes no legislativo, em relação à regularização dos vínculos. Da mesma forma como na EC 51, o papel da Conacs foi fundamental na aprovação da lei nº 11.350/2006 e do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS).

Também o primeiro mandato do governo Lula (2003-2007) ensaiou avanços na área da gestão do trabalho em saúde, como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) e do programa “Desprecariza SUS”, que passaram a expressar as questões da precariedade da formação e do vínculo com certa centralidade na agenda do Ministério da Saúde (MS).

Entretanto, embora a legislação, em algum nível, tenha atendido e incorporado as demandas políticas dos trabalhadores, a realidade concreta pouco se modificou. Diversos municípios atualmente no Brasil praticam ainda formas de contratação indireta de ACSs, por meio dos mais diversos intermediários, desde Organizações Sociais a “cooperativas”. A formação técnica, por sua vez, foi realizada de forma plena em somente dois estados brasileiros, Tocantins e Acre, além da experiência-piloto desenvolvida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, no Rio de Janeiro. Os demais estados e municípios limitaram-se a primeira etapa do curso.

É exatamente esse descumprimento da legislação, essa distância entre o que é dito pela lei e o que é praticado na realidade, que nos leva a falar em precarização do trabalho, ou melhor, num processo de precarização, num dinâmico “tornar precário”. Conforme Mattoso (apud PIRES, 2008), em termos genéricos, precarização do trabalho refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos



trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo.

Ora, se pensarmos de modo estrito, os ACSs não são trabalhadores precarizados, isto é, que se tornaram precários, que se deslocaram de uma condição em que as relações de trabalho eram menos desprotegidas legalmente para outra que é regida pela lógica da “flexibilidade”. Nesse sentido, a categoria dos agentes comunitários de saúde, ao contrário, tem cada vez mais superado a precariedade, conquistando direitos trabalhistas fundamentais.

Entretanto, um olhar mais atento ao real, nos revelará que a especificidade dessa categoria nos permite falar ao mesmo tempo em desprecarização de direito e precarização de fato. Quero dizer, a aprovação de leis que possibilitam aos ACSs um vínculo direto com as secretarias municipais de Saúde (SMSs) e uma formação profissional técnica não garantiu o vínculo direto e, tampouco, a formação técnica. Portanto, entendendo que a inserção dos ACSs nas relações de trabalho em saúde é precária e precarizada.

Além disso, é necessária atenção quanto à delimitação do que é ou não precarização do trabalho, isto é, é preciso ter clareza quanto à abrangência do conceito de precarização e também precariedade do trabalho. Aqui, destacamos principalmente a dimensão precária do vínculo empregatício, cuja extensão, para nós, abarca ainda o conceito de terceirização.⁵

Oficialmente os ACSs são compreendidos como trabalhadores fundamentais (para) e exclusivos do SUS, que devem ser contratados por meio de um vínculo direto com as SMSs e devem receber uma formação técnica, baseada num Referencial Curricular próprio da categoria para desenvolverem um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa. É interessante pensar por que, então, na prática se tem um cenário caracterizado por um processo de precarização que compreende a terceirização das relações trabalhistas, desvio de função, baixos salários etc.

⁵ A terceirização pode ser entendida como um processo em que as empresas externalizam, isto é, entregam a terceiros, parte das atividades necessárias ao processo produtivo, como a relação típica de contrato de trabalho empregado versus empregador.

Um argumento contrário ao vínculo direto e à formação técnica, muito utilizado pelos gestores municipais, é uma suposta exigência por aumento salarial, que decorreria da estabilidade do trabalho e de uma melhor qualificação profissional e que é inviável, tendo em vista os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) aos gastos com folha salarial no setor público.

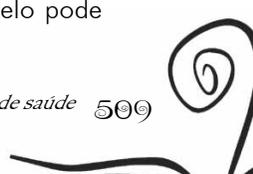
Cabe ressaltar que tais argumentos, notadamente vinculados ao aspecto da gestão, não são os únicos a compor uma frente de resistência à formação técnica dos agentes e ao vínculo direto. Ao contrário, esses argumentos, muitas das vezes, mascaram outros que dizem respeito ao perfil social dos ACSs, à sua origem comunitária e ao que se espera do seu trabalho (MOROSINI, 2009). Ainda sobre os argumentos relacionados à gestão, considerados por muitos estritamente técnicos, é preciso compreendê-los também como frutos de interesses, posições políticas e perspectivas de sociedade.

Essas práticas não devem ser entendidas como um simples descumprimento negligente da legislação por parte das secretarias municipais de Saúde. Muito além disso, o vínculo indireto e a formação aligeirada estão baseados numa compreensão simplificada do trabalho realizado pelo agente, que diz respeito a uma concepção do perfil social do ACS.

Essa perspectiva não está explicitada nesses termos, mas dá respaldo aos argumentos e às práticas contrárias à complexificação da formação técnica do agente e a sua vinculação institucional direta com as secretarias municipais de Saúde, por meio de processo seletivo público convencional.

Nesse sentido, o documento “Modalidade de contratação de agente comunitário de saúde: um pacto tripartite” é um importante material elaborado pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, com o intuito de fornecer respaldo aos gestores municipais na contratação dos ACSs. Segundo o próprio documento, esta publicação tem o objetivo de possibilitar a contratação de agentes comunitários pelas SMSs e garantir “os direitos destes milhares de homens e mulheres que prestam serviços às suas comunidades” (BRASIL, 2002b, p. 5).

A pretensão deste documento é orientar os senhores Prefeitos Municipais sobre uma forma segura e correta de contratar os ACSs. Tal não significa uma imposição por parte do Ministério da Saúde, ao contrário, é tão somente a demonstração que o modelo pode



funcionar muito bem, sem riscos jurídicos, sob uma determinada moldura institucional, como aqui se verá. O que se ensina neste documento é uma forma segura de realizar a contratação, mas que será, sempre, responsabilidade e livre opção das municipalidades, mercê de sua autonomia administrativa. (BRASIL, 2002b, p. 7)

O documento, datado de início de 2002, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, surge da necessidade de se padronizar as múltiplas formas de contratação dos ACSs pelas secretarias municipais de Saúde – como os contratos temporários, cooperativados, autônomos, dentre outros (BRASIL, 2002b) –, apontando como alternativa os Termos de Parceria com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

À época, o Ministério da Saúde entendia que a condição de viver na comunidade em que trabalha exigiria ao agente de saúde um tratamento diferenciado no momento de sua contratação. Ademais, a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com a folha salarial no setor público, tornaria inviável a contratação direta com as SMSs. Por isso, a seleção pública convencional foi descartada como modelo de contratação adequado aos ACSs. Contudo, tinha-se a “preocupação” – resultado da pressão exercida pelos trabalhadores organizados em luta – de garantir à categoria direitos constitucionais fundamentais aos trabalhadores.

Sendo assim, esse documento teve como propósito construir uma solução “adequada” e “viável” (BRASIL, 2002b) para a forma de contratação dos agentes. Durante a leitura do texto, fica claro que o determinante para a forma adequada de contratação dos agentes é a perspectiva de perfil social do ACS. Segundo Morosini (2009), a concepção sobre o trabalho do ACS que orienta o documento em questão é a mesma do texto “A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o agente comunitário de saúde”, de Nogueira, Silva e Ramos (2000).

Aqui, nos ateremos somente ao documento oficial, embora a publicação de Nogueira, Silva e Ramos (2000) tenha sistematizado essa concepção e, inclusive, subsidiado o documento do MS.⁶

⁶ Para saber mais sobre o texto “A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o agente comunitário de saúde”, de Nogueira, Silva e Ramos (2000) ver dissertação de mestrado de Márcia Valéria Morosini.

O texto em análise é dividido em duas partes, mais os anexos de documentos. A primeira parte denominada considerações jurídicas é suficiente para embasar a discussão que pretendo estabelecer.

Analisarei o documento (BRASIL, 2002b) sob três eixos: o perfil social dos ACSs; o terceiro setor como alternativa adequada e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Ao fim, apontarei algumas considerações.

Primeiro eixo: o perfil social dos ACSs

Segundo o texto, “O ACS é um profissional *sui generis*. Oriundo da comunidade, como alude a sua denominação, deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico” (BRASIL, 2002b, p. 9).

Mas em que consiste este perfil? Quais são as características que o compõe? “São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca” (BRASIL, 2002b, p. 9).

De acordo com o exposto no texto, esta especificidade da categoria é responsável pelas dificuldades existentes na forma adequada de contratação dos agentes. Adequada porque, sendo distinto do servidor público clássico, o ACS não poderia ser contratado por seleção pública convencional e isto rendeu uma diversidade de formas de contratação que não garantem os direitos sociais desses trabalhadores.

Se assim não fosse, não haveria qualquer dúvida de que os ACSs deveriam ser submetidos aos mesmos comandos e regras próprios dos demais servidores públicos, em regime estatutário ou celetista, mediante prévia aprovação em concurso público, e vinculados às características desses regimes, inclusive estabilidade e regime disciplinar específico. (BRASIL, 2002b, p. 9)

Como já foi dito, segundo o documento, o que impossibilita a vinculação institucional dos ACSs por meio de regime estatutário ou celetista é o seu perfil social, cujas características o texto acrescenta: “o ACS tem uma missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que resida, e na qual tenha liderança e possa manifestar solidariedade” (BRASIL, 2002b, p. 9).

Ainda sobre as características dos agentes, o documento elucida que “o mesmo deverá ser uma pessoa confiável, bem conceituada na comunidade, amena no trato, com acesso às residências, como se fosse alguém da própria família, de forma a servir de elo entre a comunidade e as equipes técnicas de saúde da família” (BRASIL, 2002b, p. 9).

Ao mesmo tempo, o MS reconhece a necessidade de garantir a estes trabalhadores direitos sociais presentes na Constituição Federal, “tais como décimo terceiro salário, férias remuneradas, benefícios previdenciários, repouso semanal remunerado, dentre outros, (que) devem ser atribuídos aos ACSs” (BRASIL, 2002b, p. 10).

À época (e até hoje em alguns municípios), os ACSs eram contratados por meio de múltiplas formas de relação trabalhista, inclusive como autônomo e por contratos temporários. Desse modo, esse documento pretendia ser uma referência em torno de uma única forma de contratação capaz de conciliar a garantia dos devidos direitos sociais à categoria de acordo com as circunstâncias criadas a partir do perfil social específico dos agentes.

A passagem a seguir traduz a intenção geral em garantir os direitos trabalhistas: “esses direitos são correlatos a uma situação funcional permanente, o que afastará as figuras temporárias e autônomas como adequadas à solução deste quadro” (BRASIL, 2002b, p. 10).

Novamente, segundo o documento, o perfil social dos ACSs não permite que eles mantenham vínculo institucional direto com as secretarias municipais de Saúde por meio de regime estatutário ou celetista. Consequentemente, esses trabalhadores não devem ser selecionados por concurso público convencional, pois igualmente essa forma de seleção não dá conta da especificidade dos agentes.

Por natural, não se deve cogitar de uma livre escolha, sem qualquer procedimento prévio seletivo. Por outro lado, não seria recomendável o procedimento clássico do concurso público, no qual se apura somente o conhecimento do candidato. Portanto, deve-se caminhar para uma solução intermediária, na qual se realiza um processo seletivo público, mediante requisitos estabelecidos em edital, mas que devem valorizar, à exaustão, a comprovação dos critérios de liderança e solidariedade, imprescindíveis para o exercício dos ACSs, a par de sua capacidade para o aprendizado e responsabilidade no desenvolvimento de suas tarefas. (BRASIL, 2002b, p. 10)

Tendo em vista o caráter do vínculo que irá se estabelecer, o concurso público se tornaria inadequado. Dessa forma, o processo seletivo deveria levar em consideração as características fundamentais para realização do trabalho do ACS.

(...) não interessa ao Programa o surgimento de ACSs com o perfil de servidores públicos burocratizados, com estabilidade no serviço público ainda que percam os requisitos essenciais de liderança e solidariedade ou até mesmo se mudem daquela comunidade, perdendo o elemento identificador de sua legitimidade na respectiva comunidade. (BRASIL, 2002b, p. 10)

O texto afirma que o que constitui a especificidade do ACS, o diferenciando do perfil clássico do servidor público, é a sua origem comunitária e seus aspectos fundamentais de solidariedade e liderança. Essas características, que compõe o perfil social dos agentes, estão articuladas com uma das atividades de atuação dos ACSs, segundo o decreto federal nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, que consiste em “participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida” (BRASIL, 1999). É quase que obrigatória a presença de expressões como “elo” e “ponte” em publicações que façam referência ao papel dos ACSs, associadas, principalmente, ao termo “mediador”, pois:

Solidariedade, como elo ou ponte, para mediar. Em primeiro lugar, a ênfase do documento na questão da solidariedade nos remete a uma necessidade imediata de enfrentar dificuldades. A compreensão histórico-dialética do modo de produção capitalista nos faz concluir que, numa sociedade como a nossa, em geral, as “dificuldades” estão marcadas por um corte de classe, ou seja, são produzidas pela lógica da desigualdade econômico-social.

Para sobreviver e conviver com estas dificuldades é preciso ajuda e solidariedade. Nesse sentido, a dificuldade está associada à pobreza; a solidariedade está associada à dificuldade. Assim sendo, a solidariedade está também associada à pobreza. Isso nos faz concluir que a importância do trabalho do ACS está vinculada a espaços-populações de pobreza, o que vai de encontro com os propósitos da ESF, no sentido

de que fortalece a lógica da focalização da atenção à saúde e subtrai o importante papel da estratégia na reorientação da atenção básica.

Outro indício importante que comprova, no documento, o caráter de focalização da ESF é a preocupação do MS com a possibilidade do ACS mudar de residência, caso seja um servidor público clássico. Sem dúvida, a probabilidade de mudança de residência é maior quando se trata de um espaço empobrecido, fragilizado e incômodo de se viver.

Em segundo lugar, o texto promove a naturalização do processo histórico e da realidade vigente, ao dar destaque às atividades dos ACSs relacionadas com a questão da mediação. Novamente, conforme os propósitos da Estratégia Saúde da Família se tem a pretensão de que com programas de saúde comunitária se construa uma relação mais direta entre os serviços de saúde e a comunidade, não havendo, portanto, a necessidade em longo prazo de um exclusivo “mediador”. Absolutamente, com isto, não quero tornar a figura do ACS transitória, afinal em última instância, isso justificaria o vínculo instável e a formação aligeirada. Quero dizer, ao contrário do texto, que os aspectos fundamentais dos ACSs não podem estar, principalmente, voltados para mediação.

Num escopo reduzido (focalizado?), o elo ou a ponte se torna necessário de forma permanente porque não se pretende transformar a formação dos demais profissionais, as práticas que estes desenvolvem e a organização da atenção e dos serviços, para que se estabeleça de fato uma aproximação entre serviço e comunidade. (MOROSINI, 2009, p. 160)

Outra forma de naturalização conjuga os aspectos da mediação e da solidariedade. Quando se parte do princípio de que esses dois aspectos são centrais na composição do perfil social dos ACSs, por tudo que já foi dito, conclui-se que a realidade e, sobretudo, o que produz essa realidade devem ser mantidos, conservados, isto é, descartando a possibilidade de transformação histórica.

Segundo eixo: o terceiro setor como alternativa adequada

Dado o caráter “impróprio” das possibilidades de contratação direta com a SMS, seja por cargo público efetivo, emprego público ou cargo comissionado, formula-se como alternativa a contratação indireta mediante entidades de direito privado. No entanto, “a simples terceirização, por meio de contrato precedido de licitação para uma empresa fornecedora de mão de obra, é inviável por ser inadmissível para o MPT, que considera ilegal este tipo de terceirização para atividades finalísticas do Poder Público” (BRASIL, 2002b, p. 11). Ao mesmo tempo, “o convênio com entidade privada sem fins lucrativos pode se dar, mas o Ministério Público do Trabalho não recomenda esta solução” (BRASIL, 2002b, p. 11). Afinal, “o mero convênio, sem maiores cautelas, poderia ser considerado como uma forma de terceirização comum, simples fornecimento de mão de obra, o que não se tolera” (BRASIL, 2002b, p. 11).

Isto é, se para o texto, a única forma adequada de contratação dos agentes é mediante entidades de direito privado, ou seja, uma contratação indireta; e se as formas simples de terceirização são malvistas pelo MPT, eis que surge como solução lógica, uma *complexa* terceirização. Nas palavras do documento:

Daí o amparo concedido à figura do termo de parceria, a ser celebrado entre o Município e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criada na forma da lei nº 9.790/99. Nessa hipótese, não há uma terceirização das atividades, mas sim uma comunhão de esforços entre o Poder Público e a entidade do terceiro setor, para, em conjunto, implementarem o Programa. A OSCIP é, portanto, parceira do Poder Público, e entre as suas responsabilidades, bem delineadas no respectivo Termo, está a contratação dos ACSs, para a execução em comum do Programa. (BRASIL, 2002b, p. 11)

O texto entende o “terceiro setor” como um “conjunto das entidades da sociedade civil, devidamente organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público” (BRASIL, 2002b, p. 12). Reforça a tese de que o interesse público não é monopólio do Estado, cabendo, tanto ao poder público quanto a entidades não estatais, o



papel de execução de políticas públicas voltadas para o coletivo. Aponta as resistências em torno deste mecanismo (terceiro setor) e também a penetração nacional desse movimento, considerado universal, tendo em vista sua expansão pelo mundo.

As OSCIP se deflagram no Brasil a partir da lei nº 9.790/99, também denominada Lei do Terceiro Setor, que garante às entidades sem fins lucrativos de direito privado (associações, sociedades civis e fundações) a possibilidade de serem qualificadas pelo poder público como organizações da sociedade civil de Interesse Público (OSCIP).

A OSCIP conceitua-se como uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, organizada sob a forma de associação, sociedade civil ou fundação, que, em virtude de seu objeto institucional, recebeu do Poder Público uma qualificação especial, que a torna apta a celebrar o Termo de Parceria, pelo qual pode receber recursos públicos para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público, sem desnaturar o seu caráter de gestão privada. (BRASIL, 2002b, p. 12)

A partir da década de 1990, o “terceiro setor”⁷ é cada vez mais utilizado em convênios e parcerias com o Poder Público. Leis e decretos apenas regulamentam em legislação uma prática concreta e de repertório extenso. No documento, para corroborar a importância do terceiro setor, utiliza-se a fala de um integrante do Poder judiciário, transcrita a seguir:

Portanto, ante a deficiência do Estado na gerência da coisa pública e a crescente necessidade de redefinir sua estrutura, posição e forma de atividade, o terceiro setor compreende um importantíssimo segmento social que deve desenvolver sua capacidade de intervenção no Estado, colaborando para que consigamos proceder a uma legítima e verdadeira reforma administrativa e conseqüentemente implantar eficientes políticas públicas. (SANTOS apud BRASIL, 2002b, p. 12)

⁷ “É nesse contexto que começam a surgir os clamores e as vozes pela participação do chamado terceiro setor. Este é apresentado como uma outra esfera da vida em sociedade, diferente do Estado e do mercado, sendo o primeiro o lugar da política, o segundo, da economia e a sociedade civil, ou terceiro setor, seria o espaço do social, das relações sociais baseadas na solidariedade e no altruísmo, que promoveria a participação da ‘comunidade’. Estão incluídas no terceiro setor as ONGs, instituições filantrópicas, fundações empresariais e associações comunitárias. O que têm em comum é o fato de serem não lucrativas e estarem na sociedade civil. [...]”

Ao chamado terceiro setor caberia a implementação de políticas públicas, já que tanto o Estado, na fase keynesiana, quanto o mercado, no neoliberalismo ‘mais radical’, fracassaram, ao passo que a sociedade civil poderia ser mais eficaz que esses dois outros setores, por não estar presa ao autoritarismo, como o Estado, e não buscar o lucro, como o mercado.” (MELO, 2005, p. 47-48)

Com o intuito de legitimar a especificidade da relação que irá se estabelecer entre o Poder Público e as OSCIP, o texto se embasa no art. 9º da lei nº 9.790/99 que institui como instrumento regulador desta relação o Termo de Parceria, que consiste num “ajuste bilateral entre o Poder Público e a entidade privada para a consecução de finalidades comuns” (BRASIL, 2002b, p. 13), pautado numa relação de cooperação entre ambos, tendo em vista o caráter voltado para o interesse público.

No caso da problemática em torno da contratação dos ACSs, as OSCIP surgem como solução apropriada, visto que seu regimento jurídico é de direito privado e, portanto, as relações trabalhistas entre empregador e empregado são regidas por CLT, além disso, para seleção de trabalhadores, não há obrigatoriedade de realizar concurso público.

O texto sugere que a forma adequada de contratação de ACSs é através do Termo de Parceria entre as SMSs e as OSCIP, respeitando o perfil social dos ACSs e a garantia dos direitos trabalhistas da categoria. Embora o documento busque forjar outra denominação para este mecanismo, afirmando não se tratar de uma simples terceirização, o fato é que, simples ou complexa, trata-se de uma forma de terceirização.

No documento, desde o título, percebe-se essa característica, fundamental da terceirização, de externalizar as relações trabalhistas: “Modalidade de contratação de ACS: um pacto tripartite”. Ora, o título da publicação cria uma expectativa no leitor em relação a uma forma específica de contratação de ACS baseada num contrato entre três partes.

Assim, compreende-se que o que o MS indica aos gestores municipais com a finalidade de adequar as formas de contratação dos ACSs está baseado na lógica de terceirização. Essa prática tem sido a tendência atual de contratação, na área da saúde, para prestação de serviços em atividades típicas do setor, como o caso dos ACS.⁸

⁸ É preciso lembrar também que para os municípios a via de contratação “indireta” pode contribuir na política de apadrinhamento ou cabide de emprego para cabos eleitorais, pela via de um acordo tácito de compromisso pautado no sentimento de gratidão daquele que obteve a colocação.

Terceiro eixo: os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal

Segundo o texto, “outra grande vantagem” (BRASIL, 2002b, p. 15) na contratação de ACS por meio das OSCIP, diz respeito ao cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal por parte dos municípios. Como explica o texto “a contratação direta pelo Poder Público, a qualquer título, importa em incidência dos limites estabelecidos pela lei complementar nº 101/2000, para as despesas com pessoal” (BRASIL, 2002b, p. 15).

Ao contrário do que se pode pensar, as despesas das OSCIP com força de trabalho serão devidamente custeadas pelos municípios. O que ocorre é que esses gastos não serão computados como recursos investidos em “despesas de pessoal das prefeituras” (BRASIL, 2002b, p. 15). O valor repassado pela União, para o custeio do programa, será diretamente encaminhado pelas prefeituras as OSCIP, sem serem calculados como gastos que incidem sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal. Desse modo, os gastos dos municípios com força de trabalho na Estratégia Saúde da Família existem, apesar de não incidirem sobre o limite de 60% da Receita Corrente Líquida.

Segundo o documento, as questões de seleção e de vínculo institucional dos ACSs, dificultadas por conta da especificidade do perfil social dos agentes, são solucionadas através do Termo de Parceria entre a SMS e as OSCIP. Os ACSs teriam uma única forma de seleção e vínculo, garantindo os direitos constitucionais do trabalhador e, mesmo assim, os municípios não precisariam realizar concurso público e, tampouco, os ACSs seriam servidores públicos municipais.

Com isso, o MS acreditava resolver um aspecto da questão da precariedade do trabalho dos ACSs, pois com a unificação dos vínculos, por meio das OSCIP, os ACSs teriam garantidos pela CLT os seus direitos trabalhistas e não seria preciso realizar contratação direta pelas prefeituras, o que segundo o documento, é inadequado diante do caráter do trabalho do ACS.

No entanto, isso demonstra uma incompreensão por parte do então MS em relação ao fenômeno da precarização do trabalho. Para o Ministério, o problema da precariedade se torna inexistente quando se

padroniza os vínculos de acordo com o regimento da CLT. Entretanto, segundo Cherchglia:

A terceirização estaria intrinsecamente ligada a precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos (assistência médico-odontológica, lazer, alimentação, moradia, transporte) e níveis mais altos de rotatividade. (1999, p. 382)

Uma prova da associação direta entre terceirização das relações de trabalho e precarização do trabalho é a intensa luta organizada dos trabalhadores, no sentido de superar essa condição. No caso dos ACSs, o produto dessa luta está materializado na aprovação da emenda constitucional nº 51, que modifica o parágrafo 4º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a contratação direta dos ACSs pela SMS.

Com a mudança de gestão no Ministério da Saúde,⁹ em janeiro de 2003, o documento em análise teve pouca repercussão. Entretanto, a ideologia vinculada neste documento permanece viva e, inclusive, continua orientando a forma de contratação dos ACSs em diversos municípios do Brasil, como é o caso do Rio de Janeiro.

Essa prática está respaldada, principalmente, por uma brecha na legislação. Em vez de “deverão”, a redação do parágrafo 4º do art. 198 da Constituição contém a expressão “poderão”. Obviamente, entre “deverão” e “poderão” existe um abismo, onde florescem as mais diversas formas de contratação indireta dos ACSs.

Desse modo, compreende-se a importância e atualidade de uma organização dos trabalhadores ativa nos espaços de disputa, em torno de um projeto que avance na superação das contradições em relação à realidade atual do mundo do trabalho. Nesta disputa entre contrários, no processo de correlação de forças, pode resultar, no caso do ACS, a transformação das atuais condições de inserção no trabalho e de vinculação institucional desse trabalhador.

⁹ Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, no ano seguinte foi alçado ao cargo de ministro da Saúde o médico Humberto Sérgio Costa Lima.

Em um município como o Rio de Janeiro, em que a contratação indireta ganhou relevância com a criação e regulamentação das organizações sociais (OS), a luta dos trabalhadores, mais do que importante, é necessária.

O documento “Modalidade de contratação de agente comunitário de saúde: um pacto tripartite” não tem poder de decreto, tampouco, de lei. Ainda assim, é um documento muito importante para a discussão sobre o vínculo institucional dos ACSs e seu perfil social, afinal o conteúdo veiculado no documento correspondeu às expectativas do então MS e serviu, e ainda serve de referência para as escolhas, orientações e práticas políticas dos gestores municipais na forma de contratação de ACSs.

É o caso do município do Rio de Janeiro que, desde 2008, contrata, não somente os ACSs, mas todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família por meio de parcerias com organizações sociais (OS), bastante semelhantes às OSCIP. Antes, os vínculos eram mediados por organizações não governamentais (ONG), sem serem qualificadas como OS, e, segundo a própria prefeitura, a ausência de padrões nos vínculos, nos recursos e na forma de gerir o processo de trabalho fizeram com que se repensasse esse projeto, adotando as OS como alternativa.¹⁰

Como vimos, o protagonismo do terceiro setor está diretamente associado ao projeto de Estado neoliberal, no sentido de reafirmar a compreensão de que o Estado é ineficaz na condução das políticas públicas. Para suprir essa deficiência, organiza-se o conjunto das entidades não lucrativas de direito privado, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público.

Essa concepção de Estado está explícita no referido documento e é praticada, no município do Rio de Janeiro. A prova dessa semelhança de origem e de como a prefeitura do Rio se embasa no documento em questão é a proximidade entre a lei nº 9.790/99, que cria e regulamenta as OSCIP no nível federal e o decreto nº 30.780, de 2 de junho de 2009,

¹⁰ Neste trabalho, não me debruçarei sobre as nuances em torno da condição de OS/OSCIP ou de ONG. Apenas destaco que a diferença maior entre elas consiste na qualificação por parte do Poder Executivo de uma entidade não lucrativa de direito privado que deixa de ser somente uma ONG passando a ser uma OS/OSCIP. Assim, toda OS é uma ONG, mas nem toda ONG é uma OS. Vale ressaltar, no entanto, que qualquer diferenciação entre essas duas condições é mero detalhe, afinal ambas estão fundadas na lógica do terceiro setor e, na prática que estudo, desempenham o mesmo papel, qual seja: precarização das condições e relações de trabalho.

que regulamenta a lei municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, sobre a qualificação de entidades não lucrativas de direito privado como organizações sociais.

A seguir, buscarei apresentar, por meio de entrevistas com dois dirigentes sindicais dos ACSs no Rio de Janeiro, a realidade atual do município, referente ao trabalho, a vinculação institucional e a formação dos agentes.

Seguindo o percurso de discussão que orienta esse artigo, comecei perguntando aos dois dirigentes entrevistados sobre a avaliação do Sindicato Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (Sindacs/RJ)¹¹ em relação ao trabalho desempenhado pelo ACS e se esse trabalho é valorizado pela SMS. Ambos responderam que o trabalho do ACS junto à gestão municipal é de suma importância e que, nesses últimos anos, os ACSs conseguiram contribuir no fortalecimento da atenção básica no município. De acordo com o dirigente 01, essa opinião está condicionada a uma forma de enxergar o trabalho do ACS:

Se você for ver o trabalho do agente comunitário, não só como muitos querem que sejam como um marcador de consulta, mas como sendo uma coisa bem ampla, um mobilizador social, uma pessoa crítica, que faça com que a pessoas que ele acompanhe também se tornem críticas, em busca de sua cidadania e dos seus direitos. (Dirigente 01)

Entretanto, na perspectiva do sindicato, o trabalho do ACS não é tão valorizado quanto deveria, isto é, conforme está escrito nos documentos oficiais. Para eles, “a importância desse trabalho é muito falada no papel, mas na prática não dá o resultado que a gente espera” (Dirigente 01). Essa realidade provoca diversos problemas, “como alguns colegas que não tem estímulo nenhum e abandonam o trabalho” (Dirigente 01).

Por meio das falas iniciais podemos reconstruir uma contradição entre, de um lado, o discurso oficial – e quase unânime – que reafirma a importância e a complexidade das atividades atribuídas aos ACSs e, do outro, a formação que lhe vem sendo oferecida – por muito tempo realizada em serviço –, somada as formas de contratação praticadas pelos mu-

¹¹ Amacs é a Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde e Sindacs é o Sindicato Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde. No Rio de Janeiro, ambos têm a mesma direção, mas são juridicamente distintas. Aqui, trabalharei com o Sindacs.

nicípios (MOROSINI, 2009) e, acrescida, por fim, do processo de trabalho marcado por desvios de função e racionalização do trabalho.

Tendo em vista as questões que eles levantaram a partir dessa primeira pergunta, questionei-os sobre o cotidiano do trabalho dos ACSs. A resposta contemplou dois aspectos. O primeiro diz respeito ao desvio de função que ocorre em relação ao trabalho do ACS, deslocando-o da dimensão educativa e transformadora e alocando em funções burocráticas e simplistas.

Uma coisa que eu estou criticando muito é que a gente está muito focada dentro do módulo. A gente tem dez turmas de trabalho, das dez, cinco a gente está usando pra ficar aqui dentro fazendo coisas burocráticas. Duas equipes e meia que sobra pra fazer o trabalho do agente comunitário, que é que está dentro da comunidade fazendo seu trabalho bem amplo. Isso é uma coisa que me preocupa muito hoje. (Dirigente 01)

O segundo aspecto está relacionado com o desgaste provocado pelo sobrecarga de trabalho. Hoje, no município, somente um ACS é responsável por 300 famílias, o que em número de usuários individuais atinge entre 5.000 e 6.000.¹²

Com a criação das Clínicas da Família tem locais que tem ACS atendendo 300 famílias. E durante um mês, você atender 150 às vezes não dá conta. Então o que está acontecendo com isso? O trabalho do ACS tem sido desgastante, é um trabalho que o ACS não conseguem cumprir todas as suas metas. (Dirigente 02)

Os dirigentes também falaram sobre as condições materiais que fomentam seu processo de trabalho. O dirigente 02 sintetiza a situação:

Até hoje nós não temos protetor solar; a capa de chuva que dão pra gente é um dos piores materiais, que com um ou dois meses, em períodos de chuva, você rasga. Você não tem um fardamento adequado. Nós, por exemplo, lá na minha área programática, nós recebemos duas camisas dessas de manga e uma sem manga até hoje, só. Mais um jaleco e um sapato. Mas duas camisas dessa só pra você trabalhar durante o ano, não dá. Então, você tem que estar usando outro tipo de roupa, de preferência branco. O único equipamento que eu tenho até hoje é o chapéu, o boné. Mais nenhum.

¹² "Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde." (Ministério da Saúde, 2010; grifo nosso)

O outro dirigente acrescenta informações relacionadas às condições materiais e afirma que o protetor solar, inclusive, faz parte da pauta de luta do Sindacs/RJ.

Protetor solar a gente nunca recebeu. É uma briga nossa do sindicato. Essa OS, que está aqui agora [Complexo do Alemão] falou que já comprou um “tubão” que vai ficar na unidade, mas esse tubo nunca chegou. Tem também a questão do crachá. Nós estamos nessa OS desde fevereiro, tem 11 meses. Dia 1º de fevereiro que nós entramos e até hoje não recebemos crachá. É importante porque você circula pela comunidade. Pra quem te conhece não tem problema nenhum. Hoje em dia, na situação que a gente está vivendo aqui dentro, com policia e exército, isso implica muito para o trabalho e complica muito não ter crachá. Também há situações de colegas que estão andando muito mais que andavam, porque agora tem essa coisa das clínicas da família. As unidades eram dentro das comunidades, agora estão concentrando em alguns pontos. Então a distância percorrida pra chegar à microárea, da casa pra clínica e da clínica para a microárea, é bem grandes. E ninguém ganha vale-transporte, ninguém tem transporte pra levar e, ainda assim, te cobram a mesma produção. Isso é também uma situação de trabalho bem ruim. (Dirigente 01)

O desvio de função e a sobrecarga de trabalho são dois elementos centrais na composição da “flexibilização” das relações trabalhistas, evidenciando a associação direta entre a realidade dos ACSs e os preceitos do modelo de “acumulação flexível”.

Mais uma vez, fica evidenciada a compreensão simplificada, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, em relação ao trabalho realizado pelos agentes, no caso, a partir da insuficiência das condições materiais de trabalho. A conformação de um trabalho complexo não tem nas condições materiais de trabalho um elemento determinante, mas, tampouco, é um aspecto desprezível. A complexidade do trabalho é definida por uma conjugação de fatores e, com a devida proporção, as condições materiais se constituem como um dos importantes.

Em ambas as falas, os ACSs tecem comentários sobre a nova política adotada pela gestão municipal, a Saúde Presente, na qual as Clínicas da Família surgem como o maior destaque.

Hoje, o governo atual e a Secretaria de Saúde, ela tem a visão de aumentar mais o atendimento. Só que eles inverteram. Eles estão tirando de dentro das comunidades e colocando ao seu entorno; e para certas comunidades isso criou dificuldades. Por exemplo, nós temos, lá em Padre Miguel, uma comunidade chamada Vila Vintém, onde se tirou, por causa da violência, um módulo que era no meio da comunidade, da onde atendia tanto um lado quanto o outro e se trouxe ele mais para ponta. Só que a comunidade de Vila Vintém pega de Padre Miguel a Realengo. Então, automaticamente, quem ficou no extremo, está desassistido. Até mesmo para o próprio ACS que vinha do módulo dele em Padre Miguel e depois tinha que cobrir a área dele em Realengo, fica difícil. (Dirigente 02)

Aqui, não tenho a pretensão de analisar a questão da Clínica da Família, pois não tenho condições de tecer análises sem um embasamento prévio, o que poderia produzir um equívoco ou uma visão deturpada do real. Por hora, apresento essa questão somente a partir das falas dos dirigentes, extraídas das entrevistas.

Com essas Clínicas da Família tem se ouvido que os ACSs vão ganhar bicicletas motorizadas para se locomoverem, mas e os médicos? E os enfermeiros? E o próprio usuário, que é acamado, que é cadeirante, que conseguia chegar até a unidade com sua cadeira de roda? Hoje para empurrar a cadeira de roda dele, ele vai ter que empurrar dois ou três quilômetros. Isso aí dificultou. E nós temos batido nessa tecla, só que a visão hoje do município não é mais um Programa Saúde da Família, e sim um Programa Saúde Presente. É onde estão se construindo diversas clínicas no entorno. Mas a comunidade no seu eixo, no seu miolo, está ficando desassistida, porque a maioria dos módulos que existia nessa comunidade eram imóveis alugados. E as Clínicas da Família estão sendo construídas em terreno próprio da prefeitura. Nesse caso, diminui o gasto para prefeitura, mas aumenta a distância pro usuário final. É uma luta muito grande que nem o sindicato nem a associação vão conseguir vencer. A não ser com os próprios usuários, com a própria comunidade reivindicando o direito de ter os seus módulos dentro da própria comunidade. (Dirigente 02)

Em seguida, pergunto sobre a garantia dos direitos trabalhistas e sobre compreensão do sindicato em relação ao vínculo indireto.

O dirigente 01 relata uma série de fatos que vão de encontro aos direitos constitucionais dos trabalhadores e a legislação que regulamenta a contratação dos ACSs.

Tem uma OS que não é daqui, mas que engloba a CAP 2.1 e a 4.0, elas estão com os salários todos atrasados, de todos os profissionais, não só do ACS. Alimentação também do pessoal está atrasada. Têm pessoas que eles ainda nem contrataram: as pessoas estão recebendo, quando recebem, mas não tem nenhum vínculo trabalhista com essa OS. Tem o pessoal da Mangueira, que é da CAP 1.0, que não pertence a OS, está com uma ONG do Chiquinho da Mangueira, eles tem um salário menor, uma alimentação menor. Tem o pessoal da CAP 1.0, na Lapa, que pertence à faculdade Estácio de Sá, eles também têm um diferencial de salário, é um PSF piloto deles, que eles usam como escola, mas os profissionais usam o uniforme do município do RJ. Eles não têm alimentação e o salário é um salário mínimo só por mês. A Faculdade Souza Marques também faz isso na CAP 3.3 e a Souza Marques tem um agravante: ela tem um convênio com o município, ela recebe o mesmo valor que nós recebemos hoje e a mesma alimentação, também. Mas como ela não paga a alimentação para os funcionários dela, ela não dá para os ACSs também. Mas ela recebe o dinheiro da prefeitura. (Dirigente 01)

O outro, da mesma forma, busca na legislação o respaldo para se opor à realidade vigente, buscando formas de superá-la.

A lei nº 11.350, de outubro de 2006, ela dá o direito aos ACSs e aí somente aos ACSs de ingressarem no quadro das suas prefeituras como trabalhadores contratados direto pela Prefeitura. E com isso, o pessoal tem uma garantia melhor de emprego. Então o que nós buscamos hoje dentro da secretaria, nós não buscamos nada além desse vínculo direto com a prefeitura, seja através do modelo CLT ou do Estatutário, desde que nós sejamos contratados direto pela prefeitura. Estamos com um processo já desde 2009 que está correndo dentro da secretaria e o último movimento dele agora ele retornou pro gabinete do secretário, onde vai ter o parecer e aí então eu não sei ao certo se ele vai ser encaminhado diretamente, se ele for o parecer favorável diretamente para o prefeito ou se ele tem que ir para outra instância. Mas ele já está desde julho de 2009 tramitando dentro da prefeitura. (Dirigente 02)



O processo ao qual os ACSs fazem referência diz respeito a um projeto de criação do cargo de agente comunitário de saúde no município do Rio de Janeiro. Sem a existência desse cargo, não é possível a efetivação dos agentes e a contratação direta pela Secretaria Municipal de Saúde. Os trabalhadores manifestam esperança quanto à aprovação desse projeto.

Esse processo está passando por várias instâncias dentro do município do Rio de Janeiro. É uma questão política, o prefeito sinalizou numa audiência com a gente que ele quer a nossa efetivação, não como servidor público, mas como funcionário público. Tem uma diferença, o servidor público é estatutário, o funcionário público é Celetista. Para gente, isso na faz diferença, não é uma questão que a gente quer brigar agora, futuramente a gente pode brigar pelo estatutário. O importante é o entrave agora. Hoje esse processo está no SMA, Secretaria Municipal de Administração, e a procuradora passou a informação pra um colega que está para acontecer agora, está favorável, por esse lado do funcionário público mesmo. E nós ficamos mais esperançosos. Esse processo já está rolando há um ano e meio, ele passa por várias instâncias e todas as procuradorias aprovaram, acham correto, e o prefeito disse que se todas as instâncias aprovassem, ele não ia ser contra. Então, a gente está esperançoso que aconteça pra 2012, só que eu acho que é mais uma coisa política mesmo. Em 2012 já vem a campanha eleitoral, não sei como vai ser. (Dirigente 01)

Na minha avaliação, a criação do cargo de ACS e, por sua vez, a contratação direta pela SMS, na atual conjuntura, é improvável. Há pouco mais de um ano, a Prefeitura qualificou inúmeras ONGs como OS, exatamente, para realizarem a contratação de profissionais da Saúde da Família, entre eles o ACS. Assim, em tão pouco tempo, descartariam essa opção e realizar a contratação direta? Considero tal mudança improvável. Porém, trata-se apenas de uma avaliação a partir dos dados que temos até agora, podendo ou não se confirmar no futuro.

Considero como mais importante, no que diz respeito à questão referente ao processo de criação de cargo, a luta organizada dos trabalhadores na perspectiva de superarem a atual vinculação institucional da categoria. Inclusive, o vínculo indireto deve ser entendido como um fator contrário à organização dos trabalhadores, como destaca Cherchglia:

Um ponto destacado pelos sindicalistas, é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para tornarem-se localizadas e até mesmo individualizadas. (CHERCHGLIA, 1999, p. 382)

Da mesma forma, o dirigente 02 nos situa sobre os desafios enfrentados pela categoria por conta da terceirização:

Quando você é contratado via CLT por uma empresa, o teu vínculo com a empresa não é um vínculo garantido. Pode entrar amanhã ou depois um gerente que não goste da minha postura, minha maneira de me colocar na defesa do ACS, eu deixando de ser, porque hoje eu sou, sou da Direção da Associação Municipal de ACS, mas sou presidente do sindicato dos ACSs também do Município do Rio de Janeiro. Então hoje, entre aspas, eu tenho uma estabilidade, mas amanhã ou depois eu posso deixar de ser presidente do sindicato e voltar à condição de ACS. A minha colocação, a minha postura na minha época, no meu período de presidente, após um ano de estabilidade, após o fim da gestão do meu mandato, ela se encerra. E se alguma colocação minha foi uma colocação que alguém não gostou, eu sou passível de estar sendo demitido. Já, dentro da prefeitura, como funcionário contratado da prefeitura, essa garantia nós já tínhamos. Por quê? Porque nós só poderíamos ser mandados embora por roubo ou alguma questão que não tivesse mesmo como recorrer. Já na empresa privada, não. Já na OS, não. Já na ONG, não. (Dirigente 02)

Talvez por isso, também, quando os perguntei sobre a questão central da agenda do sindicato hoje, as respostas de ambos tenham sido direcionadas para a questão do vínculo indireto.

A questão central do Sindacs é a criação de cargo e efetivação dos ACSs. Nós discutimos salário, nós discutimos benefício, mas a questão central nossa é a criação do cargo com a contratação direta pelo órgão da prefeitura. A precariedade do trabalho é isso que eu tentei colocar pra você. Essa troca de mão de obra e essa não valorização do próprio ACS na questão do profissionalismo dele. (Dirigente 02)

Só garantir os direitos trabalhistas pela CLT não quer dizer que a gente não tem um vínculo de trabalho precarizado. Temos sim, porque com as OS, nós não recebemos salário em dia, não temos aumento salarial, não temos uma perspectiva de crescimento de



trabalho, não temos uma segurança no trabalho. Então, isso pra mim, é um vínculo precário de trabalho. Por isso, lutamos pelo vínculo direto. (Dirigente 01)

Sobre a formação profissional e o cumprimento do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, os dirigentes afirmam que o Sindacs está empenhado em avançar nessa questão, sendo ela igualmente central na agente do sindicato.

Nós estamos sentados agora juntos com as ETS Isabel dos Santos e Joaquim Venâncio e a secretaria para que seja retomada a formação do curso de técnico de ACS. Aqui, a EPSJV, já fez uma turma piloto, estamos tomando essa turma como base, e sentamos junto com as outras escolas, mais a secretaria para que haja uma valorização da profissão de ACS. Por quê? O que acontece hoje? A secretaria capacita os ACSs para certos tipos de trabalho que nós fazemos, por exemplo, nos capacita para detectar hanseníase, tuberculose. Só que na atual situação nem todos aqueles que vêm para o quadro de ACSs, permanecem ACSs. Muitos deles passam por aqui, conseguem estudar porque o horário dá flexibilidade pra você estudar, pra você se formar, e depois eles vão embora. Vão ser técnicos de consultórios dentários, vão ser técnicos de enfermagem e deixam essa profissão. Então, tudo aquilo que foi investido, foi perdido, foi jogado fora. Então, quando você começa a valorizar esse profissional, dando a ele um curso técnico, colocando a profissão dele com uma profissão de visibilidade e de crescimento, eu acho que os próximos que entrarem, tendo a certeza e a condição de que vão ser ACSs, ainda que eles venham a se formar em outra coisa, eles não vão ter uma passagem tão rápida como hoje tem. (Dirigente 02)

A não valorização de uma formação específica e complexa revela, novamente, o entendimento do trabalho do ACS como um trabalho simples, visto que, se assim for, para o desenvolvimento de suas atribuições, é suficiente à capacitação em serviço, um curso introdutório de formação inicial e continuada e a conclusão do ensino fundamental como exige a lei nº 11.350/2006.

Ao se restringir a qualificação técnica, surge como respaldo para as atividades desenvolvidas pelos ACSs, numa dada concepção de perfil social, os atributos que esse trabalhador possui a priori pelo fato de ser

originário da comunidade onde atua e em função de certos atributos subjetivos, especialmente, o pendor à solidariedade (MOROSINI, 2009).

Tal concepção de perfil social do ACS está presente no documento “Modalidade de contratação de agente comunitário de saúde: um pacto tripartite” e orienta as práticas da SMS no município do Rio de Janeiro. Nessa forma de compreender o perfil social do ACS, a formação é tomada como um possível obstáculo à plena utilização desses atributos em favor das metas da política de saúde que ele deve promover (MOROSINI, 2009).

Em seguida, insisti na discussão do vínculo e pedi para que eles aprofundassem, em suas falas, o papel desempenhado pelas OS e a diferença prática entre ONG e OS.

No primeiro momento, quando o projeto foi apresentado na Câmara dos Vereadores, nós entendemos que as OS iriam operar nos módulos ou nas clínicas de saúde construídas daquele momento em diante, não daquelas que já existiam. Quando o projeto das OS foi aprovado, as OS tomaram conta não só dos novos, como dos antigos que já existiam. Para nós, terceirizados, não mudou em nada, porque do mesmo jeito que a ONG Cieso me tratavam, essa OS me trata. Paga o meu salário, me dá o vale-alimentação, me dá o fardamento. Os benefícios que nós conseguíamos, como por exemplo, o aumento salarial nosso que foi reduzido na gestão anterior para um salário mínimo, compensamos um pouco dessa perda. Hoje nós não ganhamos um salário mínimo, ganhamos um pouco mais e também o retorno do vale-alimentação, que deixou de ser de R\$ 5,00 durante três anos, para ser de R\$ 7,00 e que pelo menos na minha OS, passou a ser de R\$ 9,00. Mas a coisa da padronização ainda não chegou, porque algumas ainda estão pagando R\$ 7,00 e outras pagam R\$ 7,00 mais uma cesta básica de R\$ 63,00, que dá mais ou menos a mesma coisa do vale que eu recebo. Então a padronização que tanto se falou, ela não existe. Porque o salário na outra na ONG era igual para todos também, apesar de que nós temos, dentro do município, ACSs que não estão nem em OS, nem em ONG. É onde o sindicato vai começar a estar vasculhando para saber qual é o vínculo empregatício na prestação de serviços para a secretaria. (Dirigente 02)

No município do Rio de Janeiro, segundo o que pude perceber pelas entrevistas, o foco de enfrentamento do sindicato é a criação do cargo de ACS e, por sua vez, a contratação direta pela secretaria. Obviamente, a

organização reivindica melhores salários, condições materiais adequadas, mas a centralidade fica por conta da questão dos vínculos. E quanto a isso, há um processo tramitando no poder executivo, contudo, ainda que o resultado dessa ação não seja favorável aos anseios da categoria, o fundamental é que os trabalhadores não descartaram a perspectiva da luta, da disputa e do enfrentamento para superarem a realidade, tal como ela se apresenta.

Com isso, absolutamente, não quero tornar as contradições e os conflitos alheios às posições e posturas do Sindacs/RJ. Sabemos que a forma e conteúdo da luta sindical caminham, entre outros fatores, de acordo com o nível de consciência da categoria e dos dirigentes. E, sempre, haverá, em qualquer fenômeno da realidade, contradições, como nos ensina Mao Tsé-Tung, no livro *Sobre a contradição*:

A universalidade, ou caráter absoluto da contradição, tem um duplo significado: primeiro, que as contradições existem no processo de desenvolvimento de todos os fenômenos; segundo, que, no processo de desenvolvimento de cada fenômeno, o movimento contraditório existe do princípio até ao fim. (MAO TSÉ-TUNG, 2009, p. 38)

Contudo, o material que tenho para análise não me fornece subsídios para tecer considerações sistemáticas sobre a organização e a luta municipal dos agentes e, como já disse, essa questão exige um trabalho específico. Das entrevistas consegui extrair e analisar dados que possibilitam apresentar um panorama sobre a precarização do trabalho na cidade do Rio de Janeiro.

A partir desse panorama, traço um paralelo, qual seja: a precarização do trabalho do ACS no município do Rio de Janeiro não é gratuita, nem espontânea. Ao contrário, está embasada num projeto de Estado e sociedade e, especificamente, numa concepção de perfil social dos agentes, os mesmos que orientam o documento “Modalidade de contratação de ACS: um pacto tripartite”, publicado pelo então Ministério da Saúde, no início de 2002.

Compreender o processo de disputa que se estabelece no campo do Trabalho, da Educação e da Saúde e, especificamente, em torno da figura dos agentes comunitários de saúde, me ajudou a entender – mais

concretamente – a história como produto da luta entre as classes. O enfiamento de projetos e a diversidade de concepções sobre o perfil social dos ACSs justificam a complexidade dessa questão e, por sua vez, o desafio em compreendê-la.

Questionava-me como os ACSs, trabalhadores fundamentais para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, podiam ter um vínculo indireto com as SMSs. Questionava-me como os ACSs, que desenvolvem um trabalho marcado pela dimensão educativa, podiam ser qualificados de forma tão aligeirada e precária. Questionava-me a validade da legislação federal e dos referenciais e relatórios elaborados pelo MS diante das ações praticadas pelas prefeituras.

A investigação e a proximidade com a realidade desses trabalhadores me trouxeram algumas respostas. As disputas em torno das questões relativas aos ACSs são expressões da luta permanente entre as classes e, por isso, não estão imunes aos produtos de conflitos maiores, como o embate entre projetos societários.

As modificações ocorridas na relação entre capital e trabalho, no contexto atual de mundialização do capital, compõem um projeto de sociedade baseado nos preceitos neoliberais, caracterizado, entre outros fatores, pela redução da face pública e social do Estado em relação à classe trabalhadora. As alterações no mundo do trabalho e as reformas de Estado são responsáveis pelo predomínio atual das formas mais desregulamentadas das relações trabalhistas, das condições de trabalho, da qualificação dos trabalhadores e dos direitos trabalhistas.

Por isso e outros muitos fatores passei a questionar se de fato a relação entre o discurso oficial, que valoriza sobremaneira a importância do ACS, e a prática, que esvazia de valor a complexidade do trabalho do agente, se constituía enquanto contradição. Precisamos nos perguntar para qual SUS um trabalhador com vínculo indireto e formação inicial e continuada é importante? Para qual lógica de Saúde da Família? A disputa permanente entre perspectivas de um sistema único de saúde brasileiro nos revela uma experiência inacabada, inconclusa e em constante conflito.

Desse processo de correlação de forças pode resultar a transformação das atuais condições de inserção no trabalho e de vinculação institu-

cional dos ACSs, como foi o caso da aprovação da lei nº 11.350/2006 e da criação do Referencial Curricular para Curso Técnico de ACS. Ao mesmo tempo em que pode resultar na manutenção do estado de coisas vigente, assim como, no seu aprofundamento, como no caso recente da qualificação de Organizações Sociais para gerirem o contrato de trabalho dos ACSs no município do Rio de Janeiro.

Destaco a complexidade da correlação de forças que se estabelece nos processos decisórios. Tanto a lei nº 11.350/2006 quanto o Referencial Curricular não estão conformados em único projeto. A prova disto são as brechas na redação da lei, que garantem à gestão municipal a possibilidade de escolha sobre a forma de contratação de ACS e o fato de o Referencial se orientar pelo modelo de ensino de competências, cujo caráter pode produzir uma aprendizagem pouco reflexiva e sem perspectiva de grandes transformações sobre os determinantes políticos, sociais e históricos, que conformam o modelo de organização do processo de trabalho.

Por isso, vale dizer que as posições em disputa não se apresentam como inimigas explícitas, cada uma de um lado, demarcando posições antagonicas – embora elas existam e sejam ocupadas. Nisso residiu o desafio de compreender essa realidade e, principalmente, em transformá-la. Não podemos traduzir simplesmente em um *ring* a luta entre a compreensão do trabalho do ACS como um trabalho complexo e a compreensão do trabalho do ACS como um trabalho simples. Embora, seja possível identificar alguns elementos que se aproximam mais de uma ou de outra compreensão.

Um argumento em especial, contribuiu para que eu pudesse consolidar a compreensão acerca da perspectiva de trabalho simples, qual seja: o perfil social dos ACSs, caracterizado como um trabalhador *sui generis*, fruto de sua origem comunitária e de um suposto pendor à solidariedade. Essa especificidade tornaria inadequada a contratação direta dos ACSs pelas SMSs e desnecessária uma qualificação que vá além de uma simples e aligeirada preparação para o trabalho.

Para essa concepção, a seleção pública convencional e a contratação direta de ACSs vai de encontro à particularidade de seu perfil social, podendo romper inclusive com seus laços comunitários. Da mesma forma, a formação técnica poderia distanciar esse trabalhador de suas origens,

além de afetar a sua sensibilidade diante das dificuldades de seus pares. Foi dessa concepção que o então MS extraiu argumentos para elaborar o documento “Modalidade de contratação de ACS: um pacto tripartite”.

A partir desse documento, o MS pretendia dar respaldo aos gestores municipais na contratação indireta de ACS, por meio das OSCIP, respeitando a suposta especificidade desse trabalhador e, também, os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Embora, em seguida, a nova gestão do MS tenha descartado o documento em tela, este serve de referência ainda hoje para alguns municípios, como o Rio de Janeiro, conforme ficou evidente nas entrevistas com os dirigentes do Sindacs.

Contudo, a mutabilidade do real, as lutas e os processos de disputa podem resultar na construção de outra página da história, favorável a complexidade do trabalho do ACS, em que todos esses trabalhadores tenham a formação técnica, tenham o vínculo direto com as prefeituras e sejam bem remunerados. É possível. E os trabalhadores não medem esforços para que isso se concretize. Como vimos, entre processos, seminários e reuniões, o sindicato da categoria no Rio de Janeiro luta, enfrenta e combate, tendo por objetivo as conquistas para os trabalhadores.

Nos espaços de deliberação das políticas de gestão e formação dos ACSs, os trabalhadores podem avançar sobre os limites da realidade atual. Entretanto, entendo que essas conquistas, embora importantes, expressam um resultado provisório e instável do processo de correlação de forças e que uma mudança profunda, mais consistente, exige uma discussão maior, pautada em projetos de trabalho, educação e saúde. Não quero com isso, absolutamente, secundarizar a luta cotidiana e organizada dos trabalhadores por direitos trabalhistas. Ao contrário, compreendo que só a partir dessa luta é possível almejar voos maiores. Da mesma forma, não quero tornar o enfrentamento macro a solução finda para todas as contradições. Mas, se a precarização do trabalho do ACS faz parte das metamorfoses pela qual passa o mundo do trabalho na atualidade e que, por sua vez, essas modificações são reflexos de um projeto de Estado e sociedade, não será importante que a luta por uma categoria específica contemple a luta maior por uma concepção de trabalho, de educação e de saúde?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BOITO JÚNIOR, Armando. *Política neoliberal e o sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006: acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 fev. 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm. Acesso em: 15 mar. 2009.

_____. Lei complementar nº 101, de 4 maio de 2000: estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 maio 2000. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/43/2000/101.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002: cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 jul. 2002a. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/download/10507_02.doc. Acesso em: 4 dez. 2010.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006: regulamenta o §5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 out. 2006b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE. *Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS: relatório*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio__seminario_desprecarizacao2.pdf. Acesso em: 4 dez. 2010.

_____. _____. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. _____.; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999: fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 out. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm. Acesso em: 4 dez. 2010.

CHERCHGLIA, Mariângela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, José Paranguá; CASTRO, Janete Lima (org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: Editora UFRN, 1999.

CORBO, Anamaria D.; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lucia de M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D. (org.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

DIAS, Edmundo Fernandes. Capital e trabalho: a nova dominação: decifra-me ou te devoro. *Revista Universidade e Sociedade*, Brasília, v. 6, n. 10, jan. 1996.

DRUCK, Graça; BORGES, Ângela. Terceirização: balanço de uma década. *Caderno CRH*, Salvador, v. 15, n. 37, p. 111-139, jul.-dez. 2002.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.

MAO TSÉ-TUNG. *Sobre a prática e sobre a contradição*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARTINS, André Silva. Estratégias burguesas de obtenção do consenso nos anos de neoliberalismo da Terceira Via. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley et al. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

MARX, Karl. Como o dinheiro se transforma em capital. In: _____. *O capital*. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

MELO, Marcelo Paula de. *Esporte e juventude pobre: políticas públicas de lazer na Vila Olímpica da Maré*. Campinas: Autores Associados, 2005.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto

de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para discussão, 735).

PIRES, Denise Elvira. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 317-320.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silva Whitaker. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SOUZA, Tereza Ramos de. Se não conseguirmos formar os trabalhadores do SUS pela nossa escola técnica, não vamos conseguir formar mais ninguém. *RET-SUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 2-3, jun. 2004.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

FUNK CARIOCA: DO RITMO CRIMINALIZADO AO MOVIMENTO POLÍTICO CULTURAL¹

Raphael Calazans²

O Rio de Janeiro, para alguns, ainda encerra em si os versos de “Cidade Maravilhosa”. Solo do qual brotaram dezenas de artistas, músicos e personalidades públicas que contribuiram para fixar no imaginário social a “cidade maravilhosa”, patrimônio cultural nacional. A beleza da cidade estampada nas mais diversas mídias de comunicação, bem como o enaltecimento da pluralidade sociocultural da cidade, são a todo tempo elevados ao posto de símbolos legítimos da vida carioca.

No entanto, ao lado desta suposta “Cidade Maravilhosa”, ergue-se, com igual ou maior velocidade, outro território, ou, para citar o livro *Cidade partida*, do jornalista Zuenir Ventura, a outra parte da cidade: as favelas se colocam cada vez mais como espaços constitutivos da cidade. Qualquer movimento, por mais vigoroso que seja, de lançar sobre essas comunidades uma manta de invisibilidade parece ineficiente, tamanha a consistência da afirmação destes locais no Rio de Janeiro.

Especificamente na cidade carioca, as fronteiras divisórias da “cidade partida” parecem não ser facilmente percebidas, uma vez que os limites entre “morro” e “asfalto”, por vezes, se configuram numa rua ou, até, numa escadaria. Por isso, naturalmente os conflitos entre esses dois “vizinhos” que convivem tão próximo ganham intensidade e os acirramentos aumentam.

¹ O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, sob o seguinte número de protocolo: 0040.0.408.000-10.

² Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ) e atua, na EPSJV, como bolsista do projeto Saúde, Trabalho e Iniciação Científica de Técnicos de Nível Médio em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Valéria Fernandes de Carvalho (mestre em Educação), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde e do Professor-pesquisado Flávio Paixão do Laboratório de educação profissional em técnicas laboratoriais de saúde. Contato: rapha_calazans@yahoo.com.br



As frequentes matérias nos diversos veículos de comunicação cujo espaço dedicado às favelas aparentemente são exclusivamente as páginas policiais, bem como os já cotidianos confrontos armados entre a polícia e o comércio varejista de drogas que atua nas comunidades de baixa-renda, acabam por disseminar o medo do “terror” que reside nas favelas. Por essa razão, comumente pode-se extrair das discussões informais falas como: “na favela só tem bandido”, “comportamento de favelado”, “cuidado quando passar perto da favela”, “as mulheres das favelas são fábricas de marginais”.

Desta forma, é razoável concluir que a produção midiática do medo das comunidades de baixa renda, endossadas por uma política de segurança pública estritamente constituída pelo combate direto e o policiamento ostensivo, configura um conjunto de ações que denominaremos aqui de “criminalização da população pobre”, cujo fim parece ser expurgar as comunidades de baixa-renda e, por decorrência, suas manifestações, quer sejam culturais, quer sociais, sobretudo por intermédio da repressão.

Nesse sentido, entende-se o processo de criminalização do funk como subproduto do processo de criminalização da pobreza. O mesmo processo de estigmatização e criminalização que recai sobre a população pobre e destituída de direitos, atinge o movimento funk, haja vista que ele significa muito mais que um mero balanço musical, traduzindo, com efeito, o modo de vida de uma parcela numerosa da juventude pobre carioca, que pode ser identificada pelo neologismo funkeiro.

Neste contexto, o presente artigo parte da hipótese de que os múltiplos episódios de proibições, censuras e perseguições, verificados no decurso da história que o ritmo inscreve no Rio de Janeiro, são efeitos coerentes da conjuntura engendrada pelo estabelecimento da substituição do Estado providência para o Estado penal (WACQUANT, 2008) resultante do neoliberalismo. Em suma, apreende-se aqui a severa criminalização que o funk tem experimentado – escancarada nos preconceitos, difamações e punições recorrentes – como espelho e fruto da “criminalização da população pobre” uma vez que o funk carioca tem um berço bem definido: as favelas do Rio de Janeiro.

Não obstante, não interessa aqui tão somente o recorte da histórica criminalização do funk. Importa, em igual peso, revelar o desenvolvimento

da organização funkeira, surgida da necessidade de unir profissionais e amigos do funk para resistir ao ataque sistemático não só ao funk como também às comunidades pobres, residência de ampla maioria dos profissionais do gênero.

Refiro-me à Associação de Profissionais e Amigos do Funk (APA-Funk), por meio da qual se estabeleceu um movimento político-cultural liderado por funkeiros, muitos deles absolutamente à margem da monopolização do mercado e da indústria funkeira. Movimento esse que, pautado na tríade “Informação, mobilização e luta”, trouxe em apenas um ano de organização a conquista de uma lei na qual o Estado reconhece o funk como atividade cultural.

Nesse sentido, o objetivo desse artigo é retomar questões que discuti em minha monografia desenvolvida ao longo do ensino médio e avançar em outros aspectos percebidos por mim ao longo do processo continuado de formação do conhecimento que a apreensão da realidade possibilita.

A monografia foi basicamente produzida a partir da análise de entrevistas com profissionais do funk, que escreveram e ainda escrevem a história desse movimento capaz de alcançar e ganhar simpatia de diversas gerações, classes sociais, rompendo definitivamente com as linhas divisórias entre morro e asfalto.

As entrevistas feitas são aqui novamente utilizadas para que essas vozes, tão silenciadas, ganhem ouvidos e olhos. Longe está a pretensão de esgotar neste artigo o complexo e necessário debate que envolve o funk e sua criminalização.

O desejo aqui colocado, atendendo ao objetivo posto de compreender o funk através das pessoas que constroem esse movimento, é partilhar a enorme riqueza de conhecimento que o estudo do funk pode oferecer. O ritmo que dá medo e prazer e foi capaz de fazer uma cidade inteira requebrar ao som do “batidão carioca”. E, também, através da sua organização lembrar às pessoas que o funk é mais uma das principais e mais pujantes culturas que nasceu do interior dos subúrbios do Rio de Janeiro.

NEOLIBERALISMO PAI, ESTADO PENAL FILHO E FAVELADO EXCLUÍDO

Partindo do pressuposto de que é necessário, mesmo que de forma breve, discutir a conjuntura político-econômica de modo a qualificar o contexto no qual a discussão em torno do funk está inserida, vamos inicialmente discorrer de maneira sucinta sobre o que veio a se constituir como uma hegemonia: o conteúdo de teorias e ações resultantes do neoliberalismo.

Lido de forma literal, o termo sugere uma nova concepção ou o resurgimento do liberalismo clássico, do século XIX. Esta ideia preliminar que predomina é, ao mesmo tempo, parecida e distante da forma como o neoliberalismo se concretiza. A ideologia neoliberal, de certa forma, retoma a antiga concepção econômica do liberalismo e opera com elas em condições históricas novas. Isto é, recupera o ataque veemente à intervenção do Estado naquilo que beire e possa interferir direta ou indiretamente na economia.

A matriz do neoliberalismo se constituiu numa crença absoluta e quase profética na capacidade do mercado, deixado por si só de forma livre, de garantir a estabilidade econômica, uma ótima alocação de recursos, o desenvolvimento humano, o progresso social e político dos países e o bem-estar de maneira geral. Para isso, rompe, segundo seus teóricos, com a regulamentação do Estado, seja como produtor de bens e serviços, seja como regulador dos agentes econômicos (BOITO JÚNIOR, 1999).

Segundo Boito Júnior,

(...) essa ideologia neoliberal de exaltação do mercado se expressa através de um discurso essencialmente polêmico: ela assume, no mais das vezes, uma crítica agressiva à intervenção do estado na economia. O discurso neoliberal procura mostrar a superioridade do mercado frente à ação estatal. Superioridade econômica, em primeiro lugar, já que o livre jogo de oferta e de procura e o sistema de preços a ele ligado permitiriam uma alocação ótima dos recursos disponíveis, ao indicar as necessidades sociais e punir as empresas ineficazes. Essa alocação ótima de recursos faria crescer a riqueza geral. Superioridade política e moral, em segundo lugar, já que a soberania do consumidor, inerente a ambiente de concorrência, permitiria um desenvolvimento moral e intelectual dos cidadãos. (1999, p. 25)

A operação no Brasil do projeto neoliberal, levado a cabo pelos governos do início da década de 1990, trouxe por consequência uma intensa devastação das políticas sociais, aumento acelerado do desemprego e a precarização dos serviços de saúde e educação pública. Tendo como resultado imediato o alargamento das desigualdades sociais e a elevação ininterrupta de uma escala cada vez maior de pessoas, fora do mercado, inseridas numa completa condição de aguda pobreza e miséria.

Todavia, ao lado do recuo do Estado na esfera econômica e da sua responsabilidade em garantir direitos sociais, nota-se seu vertiginoso avanço na área penal, com a ampliação da população carcerária bem como um pesado investimento na segurança pública. O sociólogo francês Loïc Wacquant caracteriza esse movimento como próprio da devastação neoliberal, que tem como uma das suas faces mais perversas a substituição do Estado de bem-estar social pelo Estado penal, destinando aos pobres a força policial ou cadeia.

Segundo Wacquant,

(...) em todos os países onde a ideologia neoliberal de submissão ao “livre mercado” se implantou, observamos um espetacular crescimento de pessoas colocadas atrás das grades, enquanto o Estado depende cada vez mais da polícia e das instituições penais para conter a desordem produzida pelo desemprego em massa, a imposição do trabalho precário e o encolhimento da proteção social. (2003, p. 77)

O que o autor quer dizer é que o Estado se torna um Estado penal, deixando de lado seu papel de assistência aos cidadãos e seus direitos. E, ciente da situação caótica que cria (violência, insegurança etc.), tem como única solução aumentar a repressão, a vigilância, o quantitativo de cárceres e o aparato militar. Exemplo desta orientação é a política da “tolerância zero”, praticada na cidade de Nova York nos de 1990. Wacquant designa este novo Estado como “projeto penal do neoliberalismo” (2007).

Listando o Brasil como um dos principais importadores do modelo neoliberal e, por decorrência, da sua resposta punitiva aos problemas dele mesmo emanados, o autor afirma:

(...) além de seus benefícios simbólicos, o desdobramento da retórica penal “*Made in USA*” e a implementação das políticas pró-ativas de apenamento da marginalidade urbana derivada dessa retórica, prometem ter consequências mais amplas sobre o tecido social, assim como nas relações Estado–sociedade e no formato do Estado pós-keynesiano que emergiu da revolução neoliberal. Isto é particularmente verdadeiro no Brasil, que figura entre os mais entusiasmados defensores das plataformas anticrime copiadas da Nova York de Giuliani e que provê, nesse sentido, um laboratório vivo para antecipar o impacto desastroso da “tolerância zero” nos países do Segundo Mundo. (WACQUANT, 2007, p. 204)

Com efeito, a realidade brasileira atual nos indica a cabal relação estabelecida entre as políticas de segurança pública aqui implantadas e o modelo da política de “Tolerância Zero” importado dos Estados Unidos. O assustador crescimento da população carcerária no Brasil serve de indicador do terreno fértil que as propostas de Giuliani³ aqui encontraram.

De acordo com reportagem publicada na *Folha de S. Paulo* no dia 3 de outubro de 2010, a população carcerária cresceu cerca de quase 150% em uma década. Ou seja, foi a população carcerária que mais cresceu no mundo.

Ainda segundo a matéria, de acordo com os dados fornecidos pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, entre 1995 e 2005 a população carcerária do Brasil saltou de pouco mais de 148 mil presos para mais de 361 mil, o que representa um crescimento de 143,91% em uma década. Entre dezembro de 2005 e dezembro de 2009, a população carcerária aumentou de 361.402 para 473.626, o que representou um crescimento, em quatro anos, de 31,05%.

O presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), deputado Marcelo Freixo (PSOL), afirma que o crescimento da população carcerária é acompanhado, ao mesmo tempo, do aceleramento da exclusão social que o país vive. Para ele, há nessa explosão demográfica do cárcere uma cor e uma classe social predominante bem definida:

³ Rudolph Giuliani, prefeito de Nova York à época da formulação e implantação da política de “Tolerância Zero”.

Para todo Estado Mínimo – marco da década de 1990 – é necessário um Estado Máximo de repressão. Isso em escala mundial. Nos Estados Unidos, por exemplo, há dois milhões de pessoas presas. O Brasil teve, de 1995 a 2003, um crescimento de população carcerária de 93%; a média mundial ficou entre 20% e 30%. Não é à toa. O perfil da população carcerária Brasileira é exatamente o mesmo perfil das pessoas que hoje são vítimas dos atos de resistência da ação policial: negros, pobres, jovens, homens, moradores de periferia, de favela, de baixa escolaridade. Ou seja, é o processo de exclusão se consolidando ou na prisão ou na morte. (FREIXO, 2007)

Portando, pode-se perceber que o significado do aumento da força estatal no âmbito penal tem origem nas próprias orientações políticas assumidas pela plataforma neoliberal, que incentiva não só a inflação das prisões como também o enrijecimento de operações repressivas pelas polícias nos territórios elegidos como promotores das desordens urbanas.

Tal política de (in)segurança pública se apoia no confronto direto. Em nome da ordem e da paz, policiais sobem as favelas com um aparato bélico de guerra, blindados, helicópteros, armamentos pesados e, em algumas situações, solicitam auxílio de forças militares. Além de se igualarem muitas das vezes, ao tráfico na barbárie.

Ainda na mesma entrevista que deu à Rede de Jornalistas Populares (Renarjop), o deputado Marcelo Freixo analisa:

O tráfico está entre os três comércios mais lucrativos do mundo. Se você entra em uma favela, vai ver muita arma, muita droga e muita miséria. Tem alguma coisa errada nesse elo. O dinheiro não fica ali. E aí entra toda uma hierarquia aonde as investigações nunca chegam, porque também não interessa. A lógica da segurança pública construída no nível federal e estadual é a da repressão, ponto final. Porque, na verdade, a repressão não é à empresa capitalista. É ao setor pobre da sociedade. Caso existisse algum interesse em combater o tráfico se trabalharia muito menos com repressão e muito mais com inteligência – o caminho da droga, da arma, os fornecedores, uma integração dos governos. (FREIXO, 2007)

Mais especificamente sobre a lógica das incursões policiais nas favelas, Freixo afirma:

Dos 17 mil e 900 jovens vítimas de homicídios em 2002, 11 mil e 300 eram negros. Quem é a real vítima da violência? A maior parcela são jovens pobres, negros moradores de favela. O morador de favela é vítima da ação do tráfico, que é uma ação violenta, impositiva, truculenta e, ao mesmo tempo, vítima da exclusão social, da ausência do Estado, e vítima da violência do Estado que só entra nesses espaços com a polícia. Que não vê naquelas pessoas, pessoas dotadas de direitos. O Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar do Rio de Janeiro tem 100% das suas operações dentro das favelas. O que já caracteriza criminalização da pobreza, porque a elite da Polícia Militar é para operar só na favela. A música que o Bope canta em seus exercícios físicos – e isso foi denunciado nos jornais (em 2003) – diz: “O interrogatório é muito fácil de fazer; pega o favelado e dá porrada até doer. O interrogatório é muito fácil de acabar; pega o favelado e dá porrada até matar. Bandido favelado não se varre com vassoura; se varre com granada, com fuzil, metralhadora”. (FREIXO, 2007)

Todo este cenário deixa evidente que o Estado penal beira a barbárie e avança na medida em que não encontra resistência da sociedade de maneira geral. Observa-se que tais práticas são aplaudidas e contam com o apoio de parte significativa da sociedade, sobretudo da classe média, à qual a ameaça dos tiros e o medo dos assaltos incomodam e preocupam muito mais do que a dramática vida de toda a população da periferia que vive sob a mira de armas todos os dias quer seja da polícia, quer seja do tráfico.

A mídia tem função fundamental no arranjo de um terreno favorável à criminalização da pobreza. Neste sentido, programas jornalísticos com apresentadores que encenam falas raivosas e de intimidação a pessoas detidas por policiais, e que exigem do governo medidas mais rígidas e autoritárias no tratamento da violência ganham evidência e espaço nos telejornais. Através da espetacularização do medo e da transformação da violência em um produto midiático, a imprensa cumpre o papel de difundir o pânico e a necessidade de combater o crime (des)organizado das áreas populares.

Numa entrevista ao *Jornal Sem-Terra*,⁴ a socióloga Vera Malaguti apresentou que a difusão do medo é histórica no Brasil, e sempre foi posta de acordo com o interesse das elites:

⁴ Veículo do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Historicamente, há uma maneira de olhar o povo brasileiro como uma ameaça, principalmente a juventude popular. Na minha pesquisa de mestrado, trabalhei drogas e juventude na capital carioca e descobri que, se um menino negro e morador da favela for pego com a mesma quantidade de droga que um menino branco, morador da Zona Sul, os discursos construídos pelo sistema serão completamente diferentes. Um será dependente, o outro traficante. Porque este outro representa o povo a quem sempre é lançado um olhar de desconfiança. No século 19, a cidade do Rio de Janeiro contava com a maior concentração de africanos das Américas. A cidade branca e proprietária usava o tempo todo o discurso do medo. No entanto, quem vivia sob condições horríveis de vida era a população africana, que era açoitada, maltratada e submetida às piores condições de trabalho. Por isso, ali existia uma situação social explosiva. Ao invés de se trabalhar os conflitos pela via social, o discurso do medo faz com que o Estado deixe de atender a população para construir um sistema penal. (MALAGUTI, 2006)

Na configuração deste chamado “Estado penitência”, revela-se, nos mais diversos matizes e lugares, a dinâmica social brasileira. Nela, o funk carioca, produto genuíno das favelas e da juventude, sob a qual pesa todo esse extenso volume de criminalização, reúne em sua história fatos resultantes do braço coercitivo do Estado penal.

SOMOS A HISTÓRIA DO FUNK: “SOU DA SUA RAÇA, SOU DA SUA COR, SOU O SOM DA MASSA, SOU O FUNK, EU SOU”

Pra quem não conhece o funk/ é com muito prazer/que eu me apresento/ agora pra você/ Sou a voz do morro, o grito da favela/ sou a liberdade, em becos e vielas. Deixa o meu funk entrar/ Funk-se quem quiser/ ao som do funk eu vou/ seja o que Deus quiser/ Felicidade sim, eu quero é ser feliz/ sem discriminação/ este é o meu país/ Muitos me condenam, mas nada me assusta/ Eu sou brasileiro/ e não desisto nunca/ Sou da sua raça/ sou da sua cor/ sou o som da massa/ sou o funk, eu sou!

(Funk-se quem puder, MC Dollores)

É sexta-feira e já é noite. Os minutos finais das novelas confundem-se com os últimos retoques na maquiagem e o nó no cadarço do tênis. É sexta-feira. O dia mais aguardado da semana por muitos dos jovens das comunidades pobres, em especial as cariocas. Da janela do quarto já se ouvem os graves, que fazem pulsar mais forte o coração, que anunciam o início de mais um baile funk.

Episódios como estes se repetem desde a década de 1970 nos subúrbios do Rio de Janeiro. De início, com repertório absolutamente importado da *black music*, sobretudo a estadunidense, tendo os anos 1990 como marco do processo de nacionalização, tornando um ritmo genuinamente brasileiro. Os bailes funks ou, de forma mais precisa: o funk – encontrou nas terras da “Cidade Maravilhosa” cenário fértil para sua germinação, frutificação, decaimento e ressurreição. Ciclo que caracteriza a história de um dos ritmos mais explosivos da cultura popular contemporânea do país.

A história do funk tem raízes na junção de tradições musicais afro-descendentes brasileira e estadunidense. Daí, portanto, o nome estrangeiro do ritmo, o termo “funk”, originalmente fora associado ao sexo e ao estilo de música, uma gíria dos negros americanos para designar o odor do corpo nas relações sexuais. Esses bailes dos anos 1970, que foram comandados por pioneiros como Ademir Lemos, Big Boy, Dom Filó, Mister Funky Santos entre outros, misturavam muitas vezes o entretenimento com a intenção de conscientização política dos negros. Era o que ocorria na Noite do Shaft, promovida por Dom Filó e a equipe Soul Grand Prix.

Nestes bailes, Filó fazia falas condenando o racismo e defendia a importância de se reconhecer como negro e lutar pela igualdade racial. Embalados no ritmo da *black music*, os frequentadores deste e de outros bailes do subúrbio carioca já formavam um público massivo e praticamente desconhecido para a grande imprensa e para a classe média da Zona Sul da cidade (FACINA, 2009) O antropólogo Hermano Vianna, em sua dissertação de mestrado, foi o primeiro a atestar o impressionante fenômeno do funk. Em *O mundo funk carioca*, o autor estima que havia no Grande Rio, naquela segunda metade dos anos 1980, cerca de 700 bailes por fim de semana – centenas deles com público superior a 2 mil pessoas, e alcançando um número estarrecedor para boa parte da Zona

Sul: 1 milhão de jovens indo aos bailes todos os sábados e domingos (VIANNA, 1988). Hermano virou uma espécie de “tradutor” para a Zona Sul daquela realidade dos bailes da periferia. Seu trabalho foi um marco nas relações da imprensa com o fenômeno dos bailes.

Na virada dos 1970 para 1980 ocorreu um *boom* de surgimento de equipes de som. Para além das primeiras, como a Black Power, Soul Grand Prix, Dynamic Soul e a “Uma mente numa boa”, a ascensão de dois novos rivais estaria para mudar o cenário da *black music*: a Furacão 2000 (criada em 1977) e a Cashbox (criada em 1994), que dominariam a cena do funk, tornando-se duas gigantes do setor. Paralelamente a isso, equipes de som e DJs disputavam territórios e fama entre os funkeiros.

A corrida pelos discos de vinil – que eram caros e quase todos importados – se tornara intensa e no meio dela lançou-se o *Miami Bass* – estilo *dance* americano, cujas letras eram repletas de apelos sexuais, o que, para alguns autores e até mesmo para profissionais do funk, desvirtuou um pouco o caminho que os bailes vinham tomando. Segundo Adriana Facina:

(...) enquanto a grande mídia perseguia os *blacks*, ridicularizando a luta contra a desigualdade racial, tema que incomoda quando deixa de ser invisível numa sociedade de suposta democracia racial, a politização dos bailes decrescia e novidades surgiam no cenário. Os anos 1980 marcam a chegada do *Miami Bass*, o hip hop produzido em Miami, mais ligado à festa e à celebração da sexualidade livre que aos temas explicitamente políticos. Música eletrônica com graves pulsantes e muito dançante, o Miami foi incorporado às tradições musicais que sempre fizeram dos subúrbios cariocas a pátria do jongo, do samba, da capoeira e outros ritmos que embalam técnicas corporais típicas da diáspora africana. (FACINA, 2009, p. 3)

O início da década de 1990 marca o início do que pode ser chamado de “nacionalização do funk”, por meio dos festivais. Os festivais de galeras foi o combustível que fez estourar todo o potencial guardado nos funkeiros de fazer daquelas batidas importadas algo genuinamente carioca.

Os concursos musicais – uma das etapas mais importantes dos festivais –, que consistiam na disputa de músicas compostas pelos próprios meninos, que subiam nos palcos e sob a base as entoavam, tendo a plateia como júri, revelaram diversos mestres de cerimônia, os MCs, que

fizeram história no funk. Como foi o caso do MC Galo, MC Neném, das duplas Markinhos e Dollores, Junior e Leonardo, todos da Rocinha. MC Mascote, do Vidigal, D'Eddy e a famosa dupla Claudinho e Buchecha, de São Gonçalo, Willian e Duda, do morro do Borel, e Cidinho e Doca, da Cidade de Deus, para citar os nomes de maior destaque.

A década de 1990, portanto, escreveu as primeiras páginas do funk carioca. A explosão do surgimento de artistas brasileiros, o número cada vez maior de adeptos dos bailes, inclusive os filhos da classe média do asfalto, o aperfeiçoamento das equipes de som, tornaram esse massivo movimento cada vez mais conhecido e entranhado na cidade.

Ao longo dos anos, o funk passou por várias fases até se tornar genuinamente nacional nas melodias – hoje acrescentando maracatus à batida eletrônica e até instrumentos como atabaque, a chamada batida, símbolo de originalidade carioca feita por DJs brasileiros, o “tamborzão” – e nas letras, dando um tom de irreverência e sensualidade. Características que sempre marcaram a nossa música, desde as marchinhas de carnaval até o forró (MEDEIROS, 2006).

Contudo, na mesma medida – ou até maior – que o funk surgia com força no cenário brasileiro, como cultura que emerge da favela, espaço de cultura e lazer das camadas pobres, configurava-se no imaginário social, uma identidade comportamental do funk como extremamente violento.

Se nos anos 1980, esse ainda desconhecido movimento era noticiado nos cadernos culturais, nos anos 1990 passará ocupar, principalmente os cadernos policiais dos jornais. A famosa histeria assentada sob um suposto “arrastão” liderado por funkeiros na orla da praia do Arpoador arremessa o funk e os jovens favelados para o centro do cenário midiático. Como registra Herschmann, o jovem negro da favela ou o funkeiro “vai sendo apresentado à opinião pública como um personagem ‘maligno/endemoinhado’ e, ao mesmo tempo, paradigmático da juventude favelada, vista como revoltada e desesperançada” (2000, p. 180).

Com efeito, a histeria midiática que se criou em torno do encontro das duas galeras foi grande e intensa. Criando uma imagem selvagem e perigosa daqueles jovens que, como escreveu Silvio Essinger:

Num ano em que a juventude da classe média se mobilizara, com os rostos pintados, em grandes manifestações para derrubar o presidente Fernando Collor de Mello, os funkeiros rebeldes ficaram parecendo rebeldes sem causa – um bando de garotos sem perspectiva, que exultavam com a sádica possibilidade de ver os moradores da Zona Sul em pânico. (2005, p. 126)

Editoriais virulentos davam a entender que a paz estabelecida dos “cidadãos de bem” fora violada. Como fica explícito em duas reportagens da época, uma do jornal *O Globo* e outra do *Jornal do Brasil*, com as seguintes manchetes sensacionalistas: “Hordas na praia” e “A Zona Sul do Rio transformou-se ontem numa praça de guerra”, aqui reproduzidas:

O que aconteceu no domingo em praias da Zona Sul não foi simples perturbação da ordem, e seria temeridade considera-lo episódio isolado. As hordas que se derramaram em corrida alucinada por toda a extensão da areia, não roubaram apenas bolsas e relógios, principalmente, arrancaram do cidadão carioca e dos visitantes da cidade o bem precioso da paz dominical. Ir à praia é direito inalienável e histórico do morador do Rio, tudo isso foi espezinhado nos acontecimentos afrontosos de domingo [...] Vamos agora aceitar passivamente que o prazer de ir à praia seja substituído pelo medo de ir à praia? As famílias serão obrigadas a se fechar em casa nas manhãs de sol – porque a praia tem novos donos? Os turistas serão mais uma vez afugentados, desta vez definitivamente? *As cenas mostradas pela televisão não permitem dúvidas quanto ao caráter dos arrastões. Apenas grupos com estrutura de comando e planos bem traçados são capazes de tal concentração, infiltração, ação simultânea e dispersão – e tudo isso se viu, nas praias, domingo.* (“Hordas na praia”, 1995; grifos nossos)

A Zona Sul do Rio transformou-se ontem numa praça de guerra, com arrastões promovidos por gangues de adolescentes vindos de bairros do subúrbio e da Baixada Fluminense, armados com pedaços de madeira. *A Polícia Militar, com 110 homens munidos de revólveres, metralhadoras e escopetas, teve dificuldade em reprimir a violência dos diversos grupos de assalto. Até uma polícia paralela, formada pelos Anjos da Guarda – grupo voluntário que se propõe a defender a população –, entrou em ação.* Banhistas e moradores em pânico tiveram que procurar refúgio em bares, padarias e embaixo das lonas dos camelôs. A ação dos assaltantes começou por volta do meio-dia, na Praça do Arpoador, onde várias linhas de ônibus da periferia fazem ponto final. *À medida que desembarcavam, as*

gangues iam formando os arrastões, cuja ação se espalhou por Copacabana, Ipanema e Leblon. Revoltados, moradores pediram pena de morte e a presença do exército nas ruas. (“Juventude transviada”, 1995; grifos nossos)

Contudo, em contraste com o que foi amplamente divulgado, Herschmann – fazendo uso de depoimentos e alguns dos poucos relatos não criminalizantes então publicados – propõe uma interpretação diversa dos fatos:

Mesmo alguns transeuntes que testemunharam o ocorrido, e até agentes de segurança pública, indagam-se se o que assistiram no Arpoador, naquele dia 18 de outubro, foi mesmo um acontecimento violento, criminal. Isto é, alguns perguntam-se: sendo essa uma das praias preferidas pelos funkeiros, aquilo não só parecia não ter acontecido ali pela primeira vez, como também alguns olhares mais atentos indagavam-se se o ocorrido não seria uma tentativa frustrada das galeras de diferentes morros cariocas, dentre elas os funkeiros, de encenar o ritual de embate que esses jovens inventaram nas pistas de dança dos inúmeros bailes realizados semanalmente no Rio. (HERSCHMANN, 2000, p. 95)

Concordando com este autor, Janaína Medeiros relata em seu livro uma versão diferente da mídia – corroborada por Nilo Batista, vice-governador do Rio na época:

Catorze anos depois, a história fez uma correção sobre esse episódio que demonstrou a revolta e a ira de uma elite que se sentia segura numa bolha de paz. “Eu tenho um levantamento completo do que aconteceu ali. Não teve uma vítima, não teve uma pessoa ferida. Só teve um furto de uma toalha ou um par de sandálias havaianas. Ridículo”, desabafa Nilo Batista, que era vice-governador do Rio e secretário de Justiça e de Polícia Civil naquele verão. (MEDEIROS, 2006, p. 55)

Nesta mesma linha, a professora Adriana Facina acrescenta que o elemento “cor da pele” foi fundamental para o nível e a qualidade da divulgação do chamado “arrastão” pela mídia:

Criação midiática, os arrastões foram apresentados ao amedrontado público como assaltos realizados por bandos de funkeiros favelados. Na verdade, se tratavam de embates entre galeras oriundas de bairros como Vigário Geral, encenando, na parte “nobre” da cidade, os rituais já bastante conhecidos nos territórios além-túnel. Fenômeno típico do Rio de Janeiro, as rivalidades das galeras

de jovens brancos de classe média eram parte do cotidiano das praias da Zona Sul. O diferencial dos chamados arrastões era a cor da pele e a origem social dos jovens que se enfrentavam, alguns entoando gritos de guerra como “É o bonde do mal de Vigário Geral”. (FACINA, 2009, p. 4)

Após o “arrastão”, o funk entra em cena e avolumam-se matérias de cunho preconceituoso, associando mortes, brigas e o excesso de violência ao ritmo. No entanto, será a construção jornalística sobre o envolvimento do funk com supostos traficantes que tornará essa prática musical legitimamente criminalizada. Enquanto seus artistas estarão identificados como aqueles que produzem músicas de “apologia ao crime”, os bailes estão com os rótulos de festas financiadas pelo tráfico.

A unidade estabelecida entre funkeiro e bandido, nesses tempos, evidencia o caráter classista discriminatório como pano de fundo da criminalização do funk. Filho do subúrbio, e criatura da juventude pobre negra, facilmente o ritmo é arremessado na categoria da “música de bandido”. Portanto, nesta construção ideológica, funkeiros, favelados pobres e pretos praticamente tornam-se sinônimos de banidos. Conforme Atesta Orlando Zaccone,

(...) o estereótipo do bandido vai-se consumando na figura de um jovem negro, funkeiro, morador da favela, próximo do tráfico de drogas, vestido com tênis, boné, cordões, portador de algum sinal de orgulho ou de poder e de nenhum sinal de resignação ao desolador cenário de miséria e fome que o circunda. (2007, p. 21)

Ao tempo, sucessivos momentos ora decretaram a falência do funk, com sucessivas leis e decretos que proibiam os bailes, ora o ritmo era exaltado, sobretudo pelo ganho do gosto dos filhos da classe média que subiam a favela ao som do funk.

No ordenamento jurídico, cabe sublinhar a CPI Estadual de 1997 cujo objetivo era “investigar” os bailes funk supostamente com indícios de violência, drogas e desvio de comportamento do público infanto-juvenil. Na época, o deputado Sivuca chegou a propor a inteira suspensão da realização dos bailes funks.

Como resultado da CPI, os bailes só poderiam ocorrer com a devida autorização do Batalhão da Polícia Militar próximo da região. Ou seja, o

funk nem de longe era debatido no âmbito da cultura, mas sim no âmbito da segurança, já que as festas que concentravam centenas ou até milhares de jovens, em sua grande maioria pobre, concentravam demasiado perigo e representava risco para a cidade.

A determinação legal, em junho de 2008 foi aprovada através da lei nº 5.265 de autoria do ex-deputado e ex-chefe da Casa Civil Álvaro Lins (PMDB). Foi aprovada por 69 dos 70 deputados que à época compunham a casa. Cabe ressaltar que a lei foi discutida sem ter a presença de qualquer profissional ligado ao funk.

Esta lei determinava que a realização de festas raves e bailes funk deveria ser informada com 30 dias de antecedência à Secretaria de Segurança Pública, mediante a apresentação dos seguintes documentos: contrato social; CNPJ; comprovante de tratamento acústico; anotação de responsabilidade técnica das instalações de infraestrutura do evento, expedida por autoridade municipal; contrato da empresa de segurança autorizada pela Polícia Federal; comprovante de instalação de detectores de metal e câmeras; comprovante de previsão de atendimento médico e nada a opor da Delegacia Policial, do Batalhão de Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do Juizado de Menores.

Além disso, o pedido de autorização devia informar a expectativa de público, o número de ingressos postos à venda, o nome do responsável pelo evento, a capacidade da área de estacionamento e previsão de horário de início e término do evento, que não poderá exceder 12 horas. Banheiros deveriam ser disponibilizados na proporção de dois (um masculino e um feminino) para cada grupo de cinquenta pessoas.

Como consequência das leis, notaram-se fins opostos aos dois eventos postos sob a nova regulação. As festas raves, por exemplo, parecem não ter encontrado dificuldades para ser realizadas, tendo em vista que geralmente o público que frequentava esses eventos possuía melhores rendas, e o valor pago pelo ingresso girava em torno de R\$50 a R\$200, dependendo do lugar. “A lei tratava de forma igual, duas coisas completamente diferentes. Quem vai pra rave tem grana, é rico. Pro baile quem vai é pobre, pô”, disse o produtor Reginaldo Ermínio (informação verbal, 12 dez. 2010), dono da equipe “Curtisom Rio”.

Além disso, o produtor relata a consequência catastrófica que a lei teve para diversas equipes de som da cidade: “Cerca de 60 equipes faliram. Perdemos completamente o espaço no mercado. Na verdade, só quem não ficou pobre foi o Rômulo e o Marlboro”, lamenta Reginaldo (informação verbal, 12 dez. 2010).

De forma a complementar o diagnóstico desfavorável da lei no cenário do funk, relata o presidente da APAFunk:

Existiam 300 bailes no Rio no fim de semana, mas isso acabou diminuindo. Porque a lei é muito difícil de obedecer. Num baile cuja entrada custa de R\$ 5 a R\$ 3, como criar toda a estrutura exigida, com câmeras de segurança para todos os lados? E a lei exige um banheiro para cada 50 pessoas por quê? Ouvir funk dá vontade de fazer cocô?⁵ (MC LEONARDO, informação verbal, 12 dez. 2010)

Como resultado, o movimento funk recebeu um duro golpe, e um número enorme de trabalhadores que vivia do funk ficou impedido de realizar seus trabalhos. Tantos outros tiveram que se lançar em outras atividades, ficando o funk como uma doce memória do passado.

Este contexto de intensos ataques ao funk se insere na lógica do Estado penal. A coibição de uma das principais formas de lazer e a censura da cultura mais forte da juventude popular são sintomas deste projeto. Conforme salienta Facina:

Quanto maior a desigualdade social, mais perigo para a ordem essa humanidade supérflua representa. A criminalização da pobreza e o Estado penal são respostas a isso. Mas, *criminalizar a pobreza requer que se convença a sociedade como um todo que o pobre é ameaça, revivendo o mito das classes perigosas que caracterizou os primórdios do capitalismo*. E isso envolve não somente legitimar o envio de caveirões para deixar corpos no chão nas favelas, mas também criminalizar seus modos de vida, seus valores, sua cultura. *O funk está no centro desse processo*. (2009, p. 5; grifos nossos)

Corroborando a análise de Facina, Silvio Essinger afirma:

(...) [o funk] foi olhado de rabo de olho, registrado, louvado, perseguido, interpretado, absolvido, condenado de novo, processado, defendido, criminalizado, explorado, exaurido, esconjurado, amado, ridicularizado e até escondido. Só não conseguiu ser banido. (2005, p. 11)

⁵ Leonardo Pereira Mota, o MC Leonardo, é presidente da Associação de Profissionais e Amigos do Funk.

Dessa forma, compreende-se que criminalizar a pobreza requer um convencimento num todo da ameaça dos pobres. Para isto, torna-se também necessário perseguir a cultura que destes espaços surge. Atualmente, o filho mais impactante cultural da periferia, sobretudo a do Rio de Janeiro, é o funk. Grito dos excluídos, poesia da favela, arma dos favelados. É o movimento o qual sofre uma das mais pesadas perseguições e criminalizações, oriundas do Estado penal.

Todavia, como expresso por Essinger, se há uma coisa pela qual o funk ainda não passou foi o completo banimento. E a resposta coletiva e organizada, dada pelos próprios funkeiros, explica por quê.

ASSOCIAÇÃO DE PROFISSIONAIS E AMIGOS DO FUNK: INFORMAÇÃO, MOBILIZAÇÃO E LUTA!

O funk me levou à luta, e a luta levou muita gente ao funk.

MC Leonardo

O funk é hoje uma das maiores manifestações culturais de massa do nosso país e está diretamente relacionado aos estilos de vida e experiências da juventude de periferias e favelas. Para esta, além de diversão, o funk é também perspectiva de vida, pois assegura empregos direta e indiretamente, assim como o sonho de se ter um trabalho significativo e prazeroso. Além disso, o funk promove algo raro em nossa sociedade atualmente, que é a aproximação entre classes sociais diferentes, entre asfalto e favela, estabelecendo vínculos culturais muito importantes, sobretudo em tempos de criminalização da pobreza. No entanto, apesar de a indústria do funk movimentar grandes cifras e atingir milhões de pessoas, seus artistas e trabalhadores passam por uma série de dificuldades para reivindicarem seus direitos, são superexplorados, submetidos a contratos abusivos e, muitas vezes, roubados. O mais grave é que, sob o comando monopolizado de poucos empresários, a indústria funkeira tem uma dinâmica que suprime a diversidade das composições, estabelecendo uma espécie de censura no que diz respeito aos temas das músicas. Assim, no lugar da crítica social, a mesmice da chamada “putaria”, letras que têm como temática quase exclusiva a pornografia. Essa espécie de censura velada também vem de fora do movimento, com leis que criminalizam os bailes e impedi-

mentos de realização de shows por ordens judiciais ou por vontade dos donos das casas de espetáculos. A despeito disso, MCs e DJs continuam a compor a poesia da favela. Uma produção ampla e diversificada que hoje, por não ter espaço na grande mídia e nem nos bailes, vê seu potencial como meio de comunicação popular muito reduzido. Para transformar essa realidade, é necessário que os profissionais do funk organizem uma associação que lute por seus direitos e também construa alternativas para a produção e difusão das músicas, contribuindo para sua profissionalização. Bailes comunitários em espaços diversos e mesmo nas ruas, redes de rádios e TVs comunitárias com programas voltados para o funk, produção e distribuição alternativa de CDs e DVDs dos artistas, concursos de rap são algumas das iniciativas que os profissionais do funk, fortalecidos e unidos, podem realizar. Com isso, será possível ampliar a diversidade da produção musical funkeira, fornecer alternativas para quem quiser entrar no mercado, além de assessoria jurídica e de imprensa, importantes para proteger os direitos e a imagem dos funkeiros.

O primeiro passo nesse processo é a união de todos, funkeiros e apoiadores, pela aprovação de uma lei federal que defina o funk como movimento cultural e musical de caráter popular. Reivindicar politicamente o funk como cultura nos fortalecerá enquanto coletivo para combatermos a estigmatização que sofremos e o poder arbitrário que, pela força do dinheiro ou da lei, busca silenciar a nossa voz.

Tamos juntos!

Manifesto aprovado em encontro de MCs e DJs, realizado em 26 de julho de 2008

As palavras acima foram retiradas de um texto histórico do funk. Após dezoito anos do estouro de um ritmo, que fez uma cidade gigante mexer literalmente seus quadris, avançando sobre praticamente todos os cantos do Brasil.

Profissionais e entusiastas do funk resolveram se unir. Reconheceram-se como classe, como categoria, e no dia 10 de dezembro de 2008, no Sindicato dos Professores do Estado do Rio de Janeiro (Sepe), nasce a Associação de Profissionais e Amigos do Funk (APAFunk). Um marco na história do movimento, uma vez que representou o surgimento de um coletivo que além de reconhecer a necessidade de lutar pelas questões que atingem o Funk mais diretamente, como o monopólio da indústria funkeira e suas im-

plicações, e a criminalização por parte do próprio estado, se posiciona de forma crítica ao modelo excludente de sociedade capitalista vigente.

A gestação da APAFunk foi complicada. Não foi fácil para a ideia que já existia bem antes daquele 26 de julho amadurecer e ganhar adeptos para a causa. Leonardo Pereira Motta, o MC Leonardo – famoso MC cujo auge da carreira se deu nos anos 1990, junto com seu irmão, Júnior – sustentava este desejo, o de unir os funkeiros no combate ao momento caótico, de superexploração e criminalização que vivia e ainda vive o funk. Porém se via praticamente sozinho no engajamento, e achar o caminho era o seu grande desafio.

A APAFunk surgiu da necessidade de mais um setor se unir, a gente não podia mais reclamar sozinho. A gente buscava reconhecimento do Estado, mas depois eu percebi que precisava da mobilização das pessoas que fazem o funk. O favelado é de esquerda; naturalmente, nós tínhamos que lutar pelo funk! Muita gente me achava chato por isso, dizia que não ia dar em nada... Tinha essa ideia desde 2002, quando ia nos camarins falar com os MCs, eles diziam: “Lá vem o Leonardo com essa ideia de Sindicato do Funk.” (MC LEONARDO, informação verbal, 12 dez. 2010)

A professora Adriana Facina, acompanhou de perto o funk carioca durante um ano e meio para sua pesquisa de pós-doutorado. Entrevistou mais de cem pessoas, esteve em duas dezenas de favelas e foi a bailes da Zona Sul à Zona Norte. Facina conta:

Durante o trabalho de campo da pesquisa visitei muitos lugares e falava com muitos MCs. Pude perceber que quase todos reclamavam muito da situação do funk hoje, preconceito, falavam muito mal do Marlboro e do Rômulo. Aí eu sempre perguntava por que então eles não se organizavam para reivindicar, só que as respostas eram uma mais desanimada e descrente do que a outra... Até eu entrevistar o Leonardo. (ADRIANA FACINA, informação verbal, 9 dez. 2010)

O encontro dela com o politizado MC foi o marco inicial para que a ideia comum aos dois ganhasse corpo. E assim se sucedeu.

O Leonardo relatou o que acontecia nos bastidores do funk da mesma forma como os outros. O que me surpreendeu foi que ele trouxe essa ideia de unir o setor. Aí me coloquei a disposição dele, ofereci meus contatos, minha casa, minha pesquisa... Felizmente deu certo. (ADRIANA FACINA, informação verbal, 9 dez. 2010)

No bairro Campinho, em Jacarepaguá, acontecia um tradicional encontro dos chamados “MCs da antiga”, que, na verdade, eram todos os que haviam feito sucesso na década de 1990 e encontravam-se, atualmente, à margem do mercado. Era organizado por Taffarel, da dupla Danda e Taffarel, que abalou os anos 1990. “O encontro era só pra ver quem tava vivo, bater um papo e falar mal do Rômulo e do Marlboro”, conta Mano Teko, que disse fazer questão de participar dos encontros para rever os amigos.

Lá para o quarto ou quinto encontro, chegou o Leonardo, que eu não via há um tempo, com a Adriana. Aí eles falaram sobre a ideia de montar uma associação, organizar o setor. Pô, aquilo era tudo o que eu queria. Encontrei ali um modo de pôr em prática os questionamentos que eu sempre tive. (MANO TEKÓ, informação verbal, 12 dez. 2010)

A partir deste encontro ficou marcado outro na casa da professora em Niterói, no qual estariam presentes diversas personalidades de movimentos sociais, políticos e artistas para discutir a futura nova organização. E assim, em julho de 2008 aconteceu a primeira reunião.

Tinha gente de tudo quanto é lugar. Foram cerca de 200 pessoas, entre elas policiais, delegados, deputados como o Marcelo Freixo e o Chico Alencar, meninos do movimento estudantil, hip-hop, o Adair Rocha, representante do Ministério da Cultura, associações de moradores... Enfim, muita gente mesmo. (ADRIANA FACINA, informação verbal, 9 dez. 2010)

Facina complementa relatando um episódio curioso que aconteceu com o porteiro: “O porteiro do meu prédio, que é nordestino e negro, interfonava perguntando se eu autorizava a entrada sempre que aparecia um negro, enquanto os que eram brancos ele permitia numa boa a entrada.” (ADRIANA FACINA, informação verbal, 9 dez. 2010).

Ao final da reunião, iniciou-se um acontecimento que mudaria os rumos da recém-criada associação: algumas músicas de funk foram puxadas pelos MCs presentes no *playground* do prédio. Foi o suficiente para despertar a revolta da síndica:

A síndica desceu furiosa, exigindo que o som fosse desligado imediatamente. Alegando que o barulho estava incomodando os moradores e que feria as normas do estatuto do condomínio. Nós pedíamos para ler o estatuto, mas ela não mostrou. Aí continuou falando que o prédio era “um lugar de família” e que se o funk continuasse o morro ia descer, que atrairia bandido pro prédio. Nós até pedimos que ela escutasse as músicas por conta própria, ouvisse seu conteúdo, mas ela se recusou. Foi horrível. (ADRIANA FACINA, informação verbal, 9 dez. 2010)

Todavia, o lamentável episódio serviu ainda mais para unir o grupo frente aos desafios que estariam por vir. De lá, saíram convictos de que a luta pelo funk era urgente e imprescindível. Até porque, defender o direito do funkeiro é também lutar pelo favelado; e por todos aqueles que, sob a lógica do capital, sabem-se estar completamente descartados da sociedade. “Informação, Mobilização e Luta” foi o método escolhido para sacudir o Rio de Janeiro, elevando as vozes dos funkeiros e das favelas. A cidade acabava de ganhar mais um movimento político-cultural.

A partir disto, o grupo formado e engajado passou a ocupar as ruas fazendo o que mais sabia fazer: cantar funk. Deu-se início, portanto, às rodas políticas funkeiras, nas quais cada MC além de apresentar suas obras, debatia sobre a situação do funk, da favela, e da necessidade da união e da organização das pessoas para reverter a situação crítica pela qual passava o funk.

O mecanismo da roda funcionava da seguinte forma: tinha vezes que nós mesmos decidíamos fazê-la em determinada favela ou em alguma rua, ou então, algum movimento nos chamava e nós íamos. Descobrimos que não adiantava só falar para os funkeiros, na favela. Por isso fazíamos rodas nas escolas, universidades, lutas do sindicato. Porque fortalecendo a luta dos outros companheiros a gente estava fortalecendo a nossa também. (MANO TEKO, informação verbal, 12 dez. 2010)

Mano Teko tem a função de fazer os contatos e mobilizar o restante da massa. O DJ Marcelo Negão também defende e concorda com a postura adotada pela APAFunk: “Se a gente parar pra pensar, as lutas são sempre as mesmas. A luta do MST é igual à do Sepe, que é igual à do

MTD,⁶ e é igual à nossa. Porque, apesar das diferenças, é uma luta, fundamentalmente, por direitos e respeito”, finaliza Negão (informação verbal, 12 dez. 2010).

Ao mesmo tempo, MC Leonardo passou a fazer uma série de debates em universidades, colégios, sindicatos e junto a demais movimentos sociais. Tornou-se colunista da revista *Caros Amigos*, onde expunha suas ideias e divulgava a nova organização funkeira. Ele explica:

Quase 70% do que eu ganhava ia para a APAFunk. Na correria, tinha que comer na rua e comia mal, saía tarde dos lugares e tinha que pegar táxi. Só nestes dias consegui desligar meu celular às onze da noite. Porque, até então, ele ficava ligado a noite toda. Mas tava bom, o investimento não era em mim. Era na APAFunk. Tudo era pelo funk. (MC LEONARDO, informação verbal, 12 dez. 2010)

O movimento ganhou força, e as rodas passaram por diversas ruas, favelas, universidades, escolas, levando a necessidade da informação, da mobilização e da luta. Numa delas, na Central do Brasil, a fala de MC Pingo antes de iniciar sua apresentação, demonstra bem a mensagem que se buscava transmitir nas rodas: “O microfone é a nossa arma de mudança.” Conforme as rodas aconteciam, um grande contingente, formado não só de funkeiros, compreendeu a importância do debate do funk e se juntou na construção do movimento.

Foram os deputados Marcelo Freixo e Wagner Montes (PDT) que apresentaram, em agosto de 2009, os projetos da lei nº 5.543/09, pleiteando o reconhecimento do funk como movimento cultural e musical do estado do Rio de Janeiro. “O gabinete do Freixo virou minha nave espacial. Minha sala de aula. Isso era o que todo mundo deveria fazer e não faz: usar o gabinete dos seus representantes. Aprendi o que é um gabinete, como se faz política”, conta MC Leonardo.

Os projetos foram debatidos por favelados e depois levados para um deputado que pôs na linguagem da casa. Fui em 70 gabinetes de deputados, um por um, do mais reacionário ao menos. Ouvi deputado dizer: “O Freixo combate o crime organizado, como vai apoiar o funk?” Muitos desses deputados me abraçaram e disseram que apoiavam a gente. Só que apoio de verdade, colocando todo

⁶ Movimento dos Trabalhadores Desempregados.



seu mandato à nossa disposição, veio do Freixo. Foi uma experiência de vida do caralho. Aprendi que direito você não pede nem implora. Você exige. (MC LEONARDO, informação verbal, 12 dez. 2010)

E, no dia 1º de setembro de 2009, centenas de funkeiros, favelados e militantes de movimentos sociais tomaram as galerias da Alerj. A grande maioria não tinha conhecimento sobre aquela casa e sua função. Mas todos sabiam muito bem o porquê de estarem ali: defender o funk. Num dia histórico, uma verdadeira multidão tomou conta da escadaria da Alerj, impulsionada por uma roda de funk contagiante; ninguém sairia dali antes do resultado da votação. E ele veio, no início da noite. Por unanimidade, os representantes do estado do Rio de Janeiro reconheceram um dos ritmos mais perseguidos da história como cultura: “Na votação eu não consegui conter as lágrimas. Porque só quem tava dentro sabia o que foi uma luta popular, de vários movimentos, e isso foi emocionante pra caramba. Sem dinheiro, sem abaixar a cabeça pra ninguém. Foi foda”, contou, com os olhos cheios de lágrimas, o MC Mano Teko (informação verbal, 12 dez. 2010).

“Não pagamos lanche nem passagem de ônibus pra ninguém. Todo mundo que foi entendeu que a nossa luta era por direitos. É impressionante como conseguimos mobilizar as pessoas. Aquele dia a vitória foi do povo!”, desabafou MC Leonardo (informação verbal, 12 dez. 2010). Na mesma votação, a lei de autoria de Álvaro Lins foi revogada.

No dia 22 de setembro de 2009, o então governador do estado do Rio de Janeiro, Sergio Cabral Filho sancionou a lei nº 5.543, a qual, em seu primeiro artigo, define: “Fica definido que o funk é um movimento cultural e musical de caráter popular.”

Portanto, do ritmo criminalizado ao movimento político cultural, o funk, enfim, foi reconhecido como cultura. Numa atitude ousada de gritar os direitos nas ruas e denunciar esse Estado repressivo que inibia o canto do gênero musical mais forte e arraigado das comunidades de baixa renda. Os funkeiros, por eles mesmos, demonstraram que organização, informação e luta são o caminho para mudanças e conquistas.

CONCLUSÕES: “O FUNK NÃO É MODISMO: É UMA NECESSIDADE”

A história do funk se confunde com a história de sua perseguição. Não apenas sua, mas também da população pobre, população criminalizada, população essa que o criou, recriou, caiu junto com ele, o levantou e o tornou, com muita luta, uma cultura reconhecida.

Diante de um Estado que, para as condições de pobreza e limitações no acesso aos serviços e programas públicos sociais, oferece para a população pobre respostas penais, punitivas e repressivas, o funk se constituiu como uma importante e necessária arma dessas pessoas.

Em tempos atuais, nos quais o avanço do Estado penal promete cada vez mais se aprofundar e se enrijecer, sobretudo no Rio de Janeiro, onde muros, ocupação do exército e inúmeras denúncias de violações dos direitos humanos marcam o ritmo acelerado do fortalecimento do Estado “fuzilicêntrico”, o funk, tanto como atividade cultural quanto como mais um veículo de comunicação da população favelada, se faz substancialmente importante. Muito por conta do funk, como a história da APAfunk pode revelar, é que os moradores marginalizados do subúrbio têm a opção de denunciar, de se expressar, de resistir e de romper com as barreiras postas.

O funk também é uma necessidade, pois quando organizado pela sua defesa, expressa na formação da APAFunk, os profissionais e amigos do funk encontraram nesse movimento uma via de romper com as correntes que os prendem nos seus conformismos. Portanto, a esta fundamental iniciativa, corresponde também uma retomada de esperança, embora a realidade seja bastante limitada, e a história do ritmo extremamente abalada, discriminada e perseguida.

Nas palavras de Mano Teko, vice-presidente da APAFunk:

Nós do funk temos muitas dificuldades, porque é tudo muito novo, né? Às vezes, a gente faz um desabafo nas letras, mas muito sem conhecimento, sem informação, poucos realmente pesquisam... buscam saber mais sobre as dificuldades. Questionamento eu já fazia, mas na minha escola não tinha grêmios, debates, nenhuma iniciativa nesse sentido... Então a APAFunk me abriu uma porta de como realmente reagir aos questionamentos que eu fazia e isso é novo pra mim e pra todos outros. E sei que é muito difícil, não só aqui, mobilizar o pessoal, botar neles esse espírito de luta, mas é

possível, acho que a APAFunk, pela história dela, tem demonstrado que isso pode acontecer... Ela tem sido um exemplo de esperança pra toda essa galera aí que luta contras mazelas, toda essa merda que acontece no mundo. A minha luta é constante, eu quero conquistar mais gente pro nosso lado. Eu sei pouco, quase porra nenhuma, mas o que eu sei, o que a APAFunk me ensinou, eu passo pros meus irmãos da APAFunk... Mesmo sendo pouco, passo pra eles, pra lá na frente eles serem propagadores. Eu sei que não verei isso, a revolução, mas não quero morrer sem antes pelo menos ver, o amanhecer dela. (MANO TEKO, informação verbal, 12 dez. 2010)

É inegável que a importância da APAFunk foi muito grande para o Rio de Janeiro. Não apenas para os funkeiros e para o funk, mas também pela oportunidade que ela nos deu de atestar o potencial que tem uma organização. Durante as entrevistas todos eles deram ênfase à palavra *luta*. Para eles, na acepção de uma condição permanente dos que se propõem a ser contraponto numa sociedade que produz tanta desigualdade e miséria, foi a primeira vez que ela deixou de ser uma palavra para ser expressão. Expressão e ordem de vida. É notório o encanto e a determinação. Este encanto deveria ser de todos nós. A APAFunk me orgulha muito: ela mantém vivo o sonho de um mundo melhor!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOITO JÚNIOR, Armando. *Política neoliberal e o sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

ESSINGER, Silvio. *Batidão: uma história do funk*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

FACINA, Adriana. *Não me bate doutor: funk e criminalização da pobreza*. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA, 5. *Anais...* Salvador: Universidade Federal da Bahia, 27-29 maio 2009. Disponível em: www.cult.ufba.br/enecult2009/19190.pdf. Acesso em: 5 jul. 2010.

FREIXO, Marcelo. Tráfico de drogas, criminalização da pobreza e direitos humanos. (Entrevista de Marcelo Freixo concedida à Rede de Jornalistas Populares). In: MARXISMO REVOLUCIONÁRIO ATUAL. Revista eletrônica.

Rio de Janeiro, 5 abr. 2007. Disponível em: http://www.mra.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=332&Itemid=0. Acesso em: nov. 2010

HERSCHMANN, Micael. *O funk e o hip-hop invadem a cena*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2000.

HORDAS na praia. *O Globo*, Rio de Janeiro, p. 1, 20 out. 1992. (Editorial).

JUVENTUDE transviada. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 5 jun.1995. (Editorial).

LOPES, Adriana Cavalho. *Funk-se quem quiser: no batidão negro da cidade carioca*. 2010. Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

MALAGUTI, Vera. O medo a serviço do neoliberalismo. *Jornal Sem Terra*, n. 262, maio 2006. Disponível em: <http://www.mst.org.br/jornal/262/entrevista>. Acesso em: 8 mar. 2012.

MEDEIROS, Janaína. *Funk carioca: crime ou cultura? O som dá medo. E prazer*. São Paulo: Terceiro Nome, 2006.

POPULAÇÃO carcerária do Brasil cresceu quase 150% em uma década. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 out. 2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/808736-populacao-carceraria-do-brasil-cresceu-quase-150-em-uma-decada.shtml>. Acesso em: 5 dez. 2010.

VIANNA, Hermano. *O mundo funk carioca*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

WACQUANT, Loïc. *Prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. Rumo à militarização da marginalidade urbana. *Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade*, v. 11, n. 15-16, p. 203-220, outono 2007.

_____. *As duas faces do gueto*. São Paulo: Boitempo, 2007.

ZACCONI, Orlando. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

DE GOETHE A STEINER: A FORMULAÇÃO DA PEDAGOGIA WALDORF SOB A ÉGIDE DA ANTROPOSOFIA

Renan Ferreira Veltman¹

INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, o austríaco Rudolf Steiner traçou, sob uma epistemologia complexa, principalmente em sua obra *Filosofia da liberdade*, um caminho de conhecimento do próprio ser humano ao que intitulou de antroposofia, considerada por ele e pelos estudiosos antroposóficos uma ciência espiritual, capaz de reintegrar a natureza anímica e espiritual do ser humano ao cosmo. Ou seja, é um enfoque audacioso ao elo vislumbrado por Steiner para o *reiligare* e a própria ciência.

Forjamos uma dicotomia fundamental entre a certeza do nosso conhecido mundo físico, experienciável por nossos sentidos básicos, e um “outro mundo” que sentimos existir, não sob um domínio físico por ser impalpável, mas que o experienciamos como uma certeza inata. A filosofia há muito já se ocupou deste enfoque, abordado de diferentes perspectivas. Nietzsche, por exemplo, já relacionou o homem filosófico como aquele que se depara com um choque de realidades, uma que existimos e vivemos e uma segunda, não oposta, mas certamente diferente, sendo que a primeira tratada até mesmo como ilusão. Schopenhauer também reconhece um talento natural de alguns indivíduos para quem, de vez em quando, é apresentado às representações diferenciadas de realidade, quando coisas e pessoas se manifestam de forma diferenciada e até mesmo misteriosa, contracenando com representações oníricas, como representações, imagens similares aos elementos de sonhos. Estes enten-

¹ Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Filosofia na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ) e atua, na EPSJV, como técnico de Vigilância em Saúde. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Gladys Miyashiro Miyashiro (mestre em Saúde Pública), do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa). Contato: rveltman@fiocruz.br

dimentos já foram tratados na história da filosofia como uma sinalização de aptidão filosófica.

Rudolf Steiner propõe conhecer e investigar, com meios adequados e de forma consciente, com um caminho cognitivo, com alcance de resultados esse “outro mundo”, ou esta realidade transcendente sob a nossa própria representação na mesma. Exatamente por essa característica, Steiner fundamentou a antroposofia como uma ciência espiritual. Não pode ser uma religião por não formalizar dogmas; e não é completamente filosofia por se fundamentar em fatos concretos e verificáveis.

A antroposofia reconhece e admite todo o conhecimento obtido pela ciência “comum”, porém propõe a extensão do campo de conhecimento. Possui inovações e aplicações em vários campos da existência como na farmacologia, na medicina, nas artes, nas ciências naturais e na agricultura. Sua metodologia não admite uma fé cega e expõe para isso seu método para se alcançar o conhecimento que é proposto. Uma das principais criações de Steiner, totalmente baseada e vinculada ao saber antroposófico está na pedagogia, chamada de Pedagogia Waldorf que, sempre se propôs a concretizar o utópico, o que é o ideal na formação de seres humanos: sua característica fundamental de liberdade, unida por autonomia, independência, criatividade, flexibilidade e sua natureza renovável. É a consolidação de uma ideia, na formação de jovens preparados para enfrentar desafios que, em nosso tempo, aparecem ainda mais pulsantes e prementes. O presente estudo tem a finalidade de compreender e refletir aspectos da antroposofia, através da Pedagogia Waldorf que sejam relevantes no debate pedagógico atual.

Rudolf Steiner cedo se aproxima dos estudos de Goethe, no qual encontra inspiração acadêmica para o que hoje encontramos nos seus estudos. O filósofo, poeta, dramaturgo e cientista alemão Johann Wolfgang Goethe, possui um legado de importantes concepções acerca de campos extremamente variados como a botânica, a mineralogia, a geologia, a zoologia e a óptica. Sua singularidade, no entanto não estava somente em seu vasto campo de estudo, mas na maneira como compreendia a natureza, na concepção integral das formas orgânicas com correspondência a uma essência espiritual. Já a partir dessa peculiaridade, não é difícil per-

ceber o quanto se diferencia o pensamento goethiano do predominante na época (final do século XVIII e início do século XIX), especificamente ao meio acadêmico.

A pedagogia então “sintetizada” no vislumbrar do visionário e sábio Steiner no movimento, da música, na alegria da arte, nos contos de fada e nas maravilhas da vida traz à tona o que já existe na própria criança, que, no aprendizado cotidiano da celebração de si mesmos e da vida, tornam-se capazes de assumir conscientemente a sua natureza de criação e criador, num florescer que será capaz de reconhecer, experienciar e moldar a própria natureza boa, bela e verdadeira de nosso mundo e, por sua vez, do cosmo em uma vida social salutar onde, na realidade anímica individual será também realidade a presença da comunidade inteira. Somente sob este prisma, a comunidade viverá realmente a força da alma individual. Desse modo, os objetivos do presente trabalho são: a) analisar o nexo entre o método cognitivo de Goethe e a base científica da antroposofia; b) compreender e refletir sobre a Pedagogia Waldorf como aplicação do arcabouço teórico da antroposofia.

A presente pesquisa é um estudo descritivo qualitativo que tem como base a revisão bibliográfica de livros, revistas e internet. Foi utilizada como referencial teórico-metodológico a obra de Rudolf Steiner, fundador da antroposofia e também os estudos de Rudolf Lanz, tradutor de inúmeras obras de Rudolf Steiner e outros autores do meio antroposófico. Lanz foi membro fundador da Sociedade Antroposófica no Brasil e da primeira escola a adotar a Pedagogia Waldorf no Brasil. Para análise da Pedagogia Waldorf, foram utilizados ainda livros de produção da própria escola, através da Federação de Escolas Waldorf no Brasil (FEWB) e de estudiosos do tema. Após a seleção da Revisão bibliográfica, foram identificadas as principais categorias a serem avaliadas, como o estudo do método cognitivo de Goethe, a constituição da entidade humana e seu desenvolvimento sob o olhar da antroposofia, e a abordagem da pedagogia neste aspecto acima citado com o enfoque do desenvolvimento infantil e a importância e especificidade da formação do corpo docente.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

Um dos maiores pensadores germânicos, Goethe não pode ser “catalogado” superficialmente como um poeta, ou um filósofo ou até mesmo um cientista. Sua vida esteve intimamente ligada a esses três campos vitais no desenvolvimento e evolução do homem.

Nascido em 1749 em Frankfurt, de família ligada à alta burguesia germânica e com ligações políticas e catedráticas respeitáveis, Goethe teve a possibilidade de estudar direito em Leipzig e Estrasburgo que, posteriormente seriam “deixados de lado” para um aprofundamento em uma ampla gama de áreas como a medicina, a filosofia, a matemática, a botânica e a poesia. Muito de sua personalidade conhecemos por suas obras, por seu caráter autobiográfico que coloca como personagem principal “gênios”, que também são indivíduos com as mesmas angústias de Goethe, bem como o espírito romântico, rebelde, que é incompreendido pela sociedade de seu tempo.

Schubert Coelho descreve que a obra de Goethe “é uma caricatura do mundo que o cerca e também um espelho da quintessência mais sutil da humanidade” (2007, p. 2). Goethe, como expoente de sua época busca a todo o momento novos paradigmas numa construção de mundo. Steiner, por sua vez, entende a cultura literária clássica germânica (que tem por expoentes Goethe, Schiller, Herder e Lessing) como um modo de considerar o mundo e a vida. Entende que somos tão “determinados por eles que ninguém que não busque pontos de contato com esse mundo pode, inclusive, suscitar nosso interesse hoje” (STEINER, 2008, p. 21).

Goethe traz à tona que a intuição que temos de algo faz desse “algo” se caracterizar um fenômeno como tal. Esse entendimento da importância do papel do sujeito no processo do conhecer é passado ao povo na literatura de Goethe, este sendo um agente social que traz a filosofia para o povo ao mesmo tempo em que acresce à filosofia contemporânea um inovador entendimento do ser humano, mais voltado à natureza da condição humana. “O homem é vida antes mesmo de ser homem, e, sobretudo antes de ser razão” (COELHO, 2007, p. 3). Na visão de Goethe, cada ser, mesmo estando em sua forma rígida, está também num intermi-

nável processo de crescimento e encolhimento; dispersão e união; emancipação e dependência. No mesmo ato faz-se presença e ausência, o ser como movimento da *physis*, como o fazer luz, iluminar-se. O prisma que se abre diante da leitura sincera em sua obra, por vezes é caracterizado por intelectuais como uma orientação mística, na singular forma que Goethe fazia-se extasiar pelas paisagens naturais, na contemplação do horizonte ao mar, na aurora ou na música, nas artes e nas expressões da natureza sublime comum aos homens. Esta aguçada “espiritualidade” marca seu legado. A magia da vida, a emoção e grandeza da alma humana, Goethe expressa por meio da poesia, por compreender que a ciência e filosofia como incapazes de descobrir, para além do determinismo científico do mundo que a criou, e pela limitude do coletar observações, tomadas por conhecimento de experiências isoladas a fim de oferecer uma visão global do mundo filosófico, que não capta traços da cosmovisão buscada pelo pensador alemão.

O conteúdo libertário em sua obra visa ampliar o que por ele é considerado uma limitude ao homem, certo reducionismo provocado por uma parcela da ciência que determina as funções do homem a um conjunto de leis físicas. Parte por um caminho de “humanização do próprio homem.” O homem não é privilegiado por ser contemplado pela razão. Schubert Coelho descreve que:

Goethe debocha do que a mentalidade burguesa considera um privilégio divino, que aproxima o homem de Deus. Para ele, a razão não serve de muito mais do que para revelar a ignorância para entrar em conflito com a natureza animal, e por isso mesmo é mais fonte de tortura e miséria do que de orgulho e felicidade. É a razão que lança luz sobre a sombra da alma humana, e ao revelar um abismo ainda mais profundo de sombra tira-lhe a ilusão de que a verdade pudesse estar ao alcance da mão. (2007, p. 6)

Steiner descreve que em Goethe “não importa se os resultados de suas pesquisas científicas correspondem ora mais, ora menos ao progresso da atual ciência, e sim unicamente como ele abordava os problemas” e ainda que Goethe acreditasse que somente é capaz de entender a natureza quem “tiver as disposições necessárias e as forças produtivas para ver, no factual, mais do que os meros dados externos” (STEINER,

1984, p. 11). Goethe acreditava na possibilidade da existência de um mundo que fosse mais, que transcendesse o que conhecemos como mundo material, e para isso se conectava com esta forma de cognição através do que se refere como intuição. Acreditava sempre em uma relação íntima que existe na natureza, no homem e no universo, porém essas impressões não eram conceituais, e por isso não se poderia afirmar e categorizar essa, segundo autores já citados, “vivência mística”. O homem hoje carrega consigo, para Goethe, uma hipertrofia do intelecto e uma atrofia vital, sacrificando então a vida pelo pensamento, no lugar de fecundar a vida pelo pensamento; vive para pensar ao invés de pensar para viver.

O desconhecido em Goethe não é investigado nem pela ciência, nem pela filosofia, nem ao menos pela religião, por se fundar em uma única pessoa, um mediador, para participação da experiência mística. “Se o homem não pode por si mesmo encontrar a iluminação, não lhe serve nada este processo” (COELHO, 2007, p. 7).

Este entendimento esbarra mais uma vez na corrente nietzschiana, que compreende o problema da explicação do mundo através de especificidades da filosofia como um fracasso, onde se evidencia uma diferença fundamental do homem antes e depois de Sócrates, delimitando a ascese da filosofia em detrimento da tragédia. Enquanto a tragédia tratava a vida em sua crua realidade, a da limitude do homem controlado e regido por forças incontroláveis e superiores a ele, a filosofia tende a ir numa tentativa de fugir da vida, uma doença naquilo que tange essencialmente o homem, pondo em evidência o medo e a insegurança como provas desta hipótese que, por sua vez se unem numa sôfrega tentativa de agregar a explicação racional a tudo que toca o homem. A razão, pois, atua como uma espécie de esterilizador da vitalidade do mundo e dos instintos.

Segundo Schubert Coelho (2007), pela indefinição quanto à posição filosófica de Goethe, seria justo quanto ao seu legado uma análise hermenêutica inovadora a fim de desvendar o mundo de Goethe. A seguir veremos uma introdução do estudo de Steiner, que muitos consideram o maior estudioso do artista, filósofo e cientista.

RUDOLF STEINER E A ANTROPOSOFIA

Nascido em 27 de fevereiro de 1861 em Kraljevec (Áustria), que atualmente faz parte do território sérvio na divisa entre a Europa central e a oriental, Steiner passou lá sua infância, em meio a um “conflito” entre uma natureza exuberante e o lado mecânico trazido pela imagem perturbadora do trem da estação de Pottschach:

Eu creio que ter passado a infância em tal ambiente foi significativo para minha vida – pois meus interesses foram fortemente atraídos para o lado mecânico dessa existência. E eu sei como esses interesses queriam repetidamente obscurecer o lado do coração na alma infantil, voltado para a natureza suave e, ao mesmo tempo, grandiosa para dentro da qual, na distancia esses trens submetidos ao mecanismo desapareciam toda vez. (STEINER, 2006, p. 24)

De origem humilde, as condições de vida eram bastante simples, porém saudáveis. A esfera financeira de seus pais é revelada ironicamente como que eles “sempre se mostravam dispostos a sacrificar o último tostão por aquilo que correspondia ao bem de seus filhos, mas não havia muito desses últimos tostões” (STEINER apud HEMLEBEN, 1989, p. 18). Começou os estudos aos 9 anos, o que foi considerado por ele como a primeira revolução interior. Desde esse contato, a investigação do abstrato e de toda a natureza anímica toma forma. Para ele, a geometria evidenciava, além de um saber produzido pelo homem, que o homem deva carregar o saber do mundo espiritual:

O fato de se poder presenciar animicamente o desenvolvimento de formas a serem observadas de maneira puramente interior, sem impressões dos sentidos externos, proporcionou-me imensa satisfação. Nisto eu encontrei consolo para disposição anímica que resultara das questões não respondidas. Poder compreender algo puramente no espírito trazia-me uma felicidade interior. Sei que na geometria eu conheci a felicidade pela primeira vez. (STEINER, 2006, p. 31)

Segundo consta em sua autobiografia *Minha vida*, desde muito cedo, Steiner viveu experiências de ordem suprassensível. Tais experiências, na Europa do final do século XIX, também eram consideradas fenômenos e encarados com desconfiança. Mesmo jovem, Steiner percebeu

que não poderia comunicar nada acerca dessas verdades espirituais e, demonstrando um autocontrole surpreendente, somente comunicou essas experiências mais tarde. A naturalidade da clarividência de Steiner para aqueles despreparados ou desestruturados pode causar danos gravíssimos por toda a vida, podendo ocasionar fuga da realidade, conflito de valores nos mais diversos ramos da existência, entre muitas outras consequências danosas dessa abertura suprassensível. Entretanto, Steiner, intuiu que para que o desenvolvimento nessa dimensão coexistente fosse lúcido e saudável, precisava antes solidificar sua visão acerca da realidade através das matemáticas, ciências naturais e a filosofia.

Mesmo tendo dificuldades diárias de locomoção para o cotidiano escolar, como a irregularidade dos serviços ferroviários e consequente caminhada longa e, por vezes difícil pelas dificuldades impostas pela neve até quase os joelhos durante o inverno, Steiner, como autodidata e esforçado estudante, obteve honrarias por seu brilhantismo escolar. Aos 14 anos teve seu primeiro contato com a filosofia de Kant, em voga na época. Mesmo sendo leitura e interpretação difíceis, Steiner, colava as folhas da *Crítica da razão pura* em seus livros de história (matéria que gerava muitos conflitos com seu professor) e estudou metodicamente sua filosofia. Entretanto, pela afirmação kantiana de que é passível de ser conhecido somente aquilo que se é captado sensivelmente, Steiner, que desde cedo convivera com uma percepção suprassensível a considerou no mínimo insuficiente. Ao longo desse período pré-acadêmico, Rudolf Steiner custeou seus estudos com o que recebia por aulas particulares, ministradas tanto para mais jovens quanto para seus iguais de geração. Ao final do liceu, em 1879, quando tinha 18 anos, recebeu o conceito “exemplar”. Desde o final do liceu até o início da área acadêmica, Steiner, com o dinheiro proveniente da venda de seus livros escolares, comprou obras dos grandes pensadores do Idealismo alemão. De Kant, sua atenção para os filósofos passava então para Fichte, Hegel e Schelling. Sua preocupação, pela qual deu atenção especial à filosofia, era compreender qual seria sua “missão” que, posteriormente envolvia o objetivo de religar a ciência e a religião por inserir Deus na ciência e a natureza na religião. Despertava assim questões que posteriormente estariam contempladas em seu legado como a cristologia e a re-

encarnação. Precisava procurar um vestígio de alguma corrente filosófica para fundamentar suas experiências. Antes disto, é importante frisar que pensar não é um exercício de elucubrar coisas, mas entregar-se ao próprio real e expor isto. O processo de cognição necessita, no entanto, de um sincero e constante interesse. O que “ensina a pensar”, nesta concepção, é interessar-se, no entanto, quem realmente se energiza com este impulso volitivo é lento, pois para querer o que se quer é necessário querer não somente o fim, mas os meios com a mesma intensidade.

Aos 19 anos, Steiner finalmente encontrou uma pessoa com quem pôde conversar sobre assuntos de domínio suprasensível. Era um poeta e erudito de nome Karl Julius Schröer que também era catedrático de literatura na Academia Técnica de Viena. Sempre apaixonado pela obra de Goethe, Schröer havia encontrado seu pupilo mais adorado. O professor, que levava uma vida intimamente ligada às obras e à natureza de Goethe, instigou Steiner da magnitude da poesia e dos estudos de Goethe. Sobre a conversa que Goethe mantivera com Schiller na apresentação de Goethe de sua “planta primordial”, Steiner descreve que para ele “era a acalmção de uma longa luta na alma aquilo que me resultava do entendimento dessas palavras de Goethe, das quais eu acreditava estar imbuído. A acepção da natureza postulada por Goethe se mostrava à minha alma como sendo adequada ao espírito”. Diante deste cenário, por indicação de Schröer a Joseph Kürshner, Steiner passa a trabalhar nas obras científico-naturais de Goethe. Aos 22 anos, Steiner torna-se o comentarista mais novo das obras literárias da época. Sua leitura de Goethe como “o Copérnico e Kepler do mundo orgânico” atarefou-o de tornar explícito e de forma sistematizada o pensamento insinuado por Goethe e olvidado pela sociedade de seu tempo. Daí em diante, Steiner, através de um caminho “goethiano”, começava outro ciclo em sua vida, pronto para desbravar caminhos ainda mais árduos e começar a formular as bases de seu legado, no arcabouço teórico-filosófico da antroposofia e suas aplicações no mundo e na sociedade. Ao longo de sua vida, publicou 40 livros e deu cerca de 6 mil palestras, agrupadas em 270 volumes. Rudolf Steiner faleceu em 1925.

PONTE GOETHIANA

Durante sua vida, Goethe se empenhou por trazer uma noção inovadora no campo da ciência orgânica. Steiner defende a publicação de *Metamorphose der Pflanze* (*Metamorfose das plantas*) como uma tese de uma nova ciência orgânica, por assim entender que Goethe acreditava conhecer uma nova alternativa ao método reducionista empregado na ciência orgânica: “Goethe é o Copérnico e o Kepler do mundo orgânico” (STEINER apud HEMLEBEN, 1989, p. 42). O legado goethiano está, por assim dizer, em constante descoberta. Rudolf Steiner, como grande estudioso e admirador do aspecto visionário de Goethe afirma que, diante de um insuficiente desenvolvimento técnico de sua época, no que diz respeito ao seu legado científico e aos problemas deixados pelo mesmo, tem-se o desafio de solucionar esses problemas de acordo com seu pensar, mas com os meios avançados atuais. Ele acredita que os campos contemplados por seus estudos, se creditados e desenvolvidos tornar-se-ão uma “unitária cosmovisão”. O fundador da antroposofia defende que Goethe conseguia estar “dentro das coisas” com o pensamento e mergulhar na atividade interna e intimidade dos fenômenos. Essa reflexão não é mais alheia, externa ao observador: “O pensamento de Goethe era simultaneamente percepção, e sua percepção era ao mesmo tempo pensamento” (STEINER, 1988, p. 25). Steiner analisa a inconstância de Goethe às correntes filosóficas, tentando buscar uma satisfação de sua própria cosmovisão. Nessa linha, torna-se necessário buscar as raízes filosóficas existentes em sua poesia, e ao seu vasto legado. A busca do entendimento da filosofia alemã da época, mesmo não sendo produzida somente por Goethe, atende similarmente aos questionamentos fundamentais de seu pensamento. Este contexto está de acordo com o impulso que Steiner reafirma como a sua própria inconstância na academia de filosofia:

Meu empenho para com os conceitos científico-naturais acabou por levar-me a perceber na atividade do “eu” humano o único ponto de partida possível para uma cognição verdadeira. Naquele tempo, eu me julgava obrigado a procurar a verdade através da filosofia. Estava convencido de que nunca ganharia uma relação para com estas, se não fosse capaz de colocar os resultados sobre uma base

filosófica segura. Contudo eu visualizava um mundo espiritual como realidade. Esta tinha na corporeidade física e na atividade no mundo físico apenas sua manifestação. Unia-se com o que se originava dos pais como germe físico. Eu seguia posteriormente o homem falecido no seu caminho para dentro do mundo espiritual. (STEINER apud HEMLEBEN, 1989, p. 26-27)

O ponto de partida de formação de uma visão quanto à dimensão de sua criação não pode se fundar no domínio das ciências atuais. Para a antroposofia, essa ordenação dos fenômenos afasta o homem do cerne do universo. As grandes descobertas acerca das “leis da natureza” são feitas de acordo com um pensar diferenciado. As recorrentes teses acerca dos limites do conhecimento são alicerçadas, portanto por um deslocamento do cerne do pensar: “Sem uma visão clara do que queremos alcançar, duvidamos da capacidade de alcançá-lo.” Nessa concepção do pensar, de que a capacidade da percepção transcenda a esfera sensível, os objetos de investigação também sofrem o mesmo processo, que o descaracteriza de atender somente ao mundo sensorial:

Ora, os objetos do pensar são as ideias. Apoderando-se das ideias, o pensar se funde com o fundamento da existência universal; aquilo que atua fora penetra no espírito do homem: este se torna uno com a realidade objetiva em sua mais elevada potência. A percepção da ideia na realidade é a verdadeira comunhão do homem. (STEINER, 1984, p. 75)

O pensar então é trabalhado como um órgão de percepção, de forma similar aos órgãos de percepção sensoriais “conhecidos”, como os olhos e os ouvidos, que captam uma dimensão referente a cada campo de percepção.

O SER HUMANO NA ANTROPOSOFIA

A antroposofia (do grego *antropos*, homem, e *sofia*, conhecimento) é um método cognitivo de conhecimento da natureza do ser humano e do universo, de acordo com a posição steineriana de que o conhecimento exterior ao ser seria correspondente ao processo do autoconhecimento. A fim de compreender e entrar em sintonia com a mesma é necessário o de-

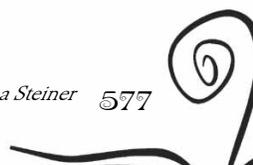
bate acerca de alguns conceitos, como o que é o homem no entendimento antroposófico. A partir do entendimento como este, é formado como um prisma, um véu de onde e para onde o ser humano, não sendo compreendido como uma obra finalizada, encerrada, limitada, faz-se, realiza-se no momento em que reconhece a si mesmo em seu olhar. Para Steiner, o grande desafio do homem moderno é a busca das verdades referentes à profunda natureza do ser humano:

A antroposofia, como ciência espiritual moderna, vem hoje em dia ao encontro a essa nova busca pelo cerne do ser humano. Em sua autobiografia *Mein Lebensgang (O caminho de minha vida)*, Rudolf Steiner caracterizou esse problema da seguinte maneira: “O mundo todo, exceto o ser humano, é um enigma, o verdadeiro enigma cósmico; e o próprio ser humano é a solução.” De acordo com essa afirmação condutora, é preciso em primeiro lugar solucionar o enigma do ser humano, constituído principalmente da entidade do Eu e da consciência do Eu relacionada à primeira, para então ser possível reconhecer corretamente os distintos âmbitos do mundo à nossa volta. O cerne do ser humano, porém, não possui suas raízes no mundo físico-sensorial, mas no mundo espiritual, portanto, este deve ser investigado no intuito de solucionar essa questão. Por essa razão a antroposofia consiste inicialmente num método científico moderno que representa uma continuação e uma ampliação da Ciência Natural no campo do mundo espiritual, onde se encontra a origem da verdadeira essência do ser humano. Rudolf Steiner descreve em sua obra, com o cuidado e a precisão rigorosos de um cientista, as mais diversas esferas suprassensíveis, tomando por base sua investigação espiritual, servindo-se do mesmo método fundamentado e realizado em suas primeiras obras filosóficas. As diferentes aplicações práticas de seus resultados de pesquisa comprovam a cientificidade e profundidade da antroposofia. (PROKOFIEV apud PILONI, 2008, p. 9)

Para tanto, o universo contemplado pela antroposofia não é somente constituído de matéria e energia física, redutível a processos puramente físico-químicos. Existe para a mesma, portanto, um mundo espiritual, de complexidade hierarquizada onde o ser humano também se manifesta e necessita ser explorado e afirmado. Segundo Steiner, a observação desta dimensão espiritual da realidade é feita de acordo com o desenvolvimento de órgãos de percepção em estados latentes e comum a todos os seres

humanos. O estado alcançado pela meditação, o fazer arte, o entendimento superior dos sonhos e das formas não lógicas não como caos, mas como liberdade criativa, o abraçar a identidade do homem não como algo pronto, os grandes pensamentos acerca do propósito da existência são tratados por ele como indícios dessa vivência supracorpórea. Assim como o entendimento de que “uma pedra aparece como real no momento em que damos uma topada”, a concepção que jaz no âmago do homem, que nos remete inclusive à tragédia grega, da forma de olharmos e nos compreendermos como um “grão” em meio a outros milhares do mesmo, regido por forças autônomas e superiores. Steiner observa que o ser humano coexiste em três esferas: “Por meio de seu corpo, pertence ao mundo que ele percebe com esse mesmo corpo; por meio de sua alma, edifica para si seu próprio mundo; por meio de seu espírito se lhe manifesta um mundo elevado acima dos outros dois.” (STEINER, 2003, p. 29). Esta visão permite identificar, para além da natureza corpórea, uma natureza anímica e uma espiritual.

A constituição do homem para a antroposofia requer não somente uma atenção e abertura especiais, mas também uma longa abordagem e, para tanto, não é possível alongar a mesma. Neste estudo, faz-se o convite para a maior leitura posterior acerca destas especificidades. Em linhas gerais, segundo Rudolf Lanz (2005), a constituição do homem é composta por quatro membros, ou corpos. Além do corpo físico, o homem possui um veículo que congrega as forças que dão vida ao ser e concedem-lhe uma complexidade que o impeça de ser concebido restritamente por leis químicas e físicas normais. A esse corpo, Steiner denominou-o como corpo plasmador, ou corpo das forças plasmadoras, ou somente corpo etérico. Além desses dois corpos, o ser humano também é composto por um corpo astral, veículo que permite o uso dos sentidos básicos, desde instintivos até sentimentos sublimes e nobres. Esses três corpos são o veículo de uma essência do ser humano através de planos diferentes, o físico, etérico e astral. Tais planos remetem a dimensões coexistentes, e para cada um uma necessidade de correspondência e representação do ser humano. Os três corpos inferiores são, dessa forma, os responsáveis por transmitirem e serem o envoltório da personalidade autônoma e individual do eu, ou



ego. Como veículos nos planos existentes na vida terrena, os três corpos, diferentemente do eu (quarto membro), estão sujeitos à temporalidade de características e limitações do espaço-tempo. Através dessa parcela espiritual, o eu, o homem desenvolve faculdades como o pensar e a memória. Faculdades que o tornam, em uma concepção espiritual, criação e criador. Ainda nessa linha filosófica, a redenção do homem, que nada mais é do que a sua liberdade foge de seu contato na medida em que sua expressão se enclausura no determinismo dominante nos reinos inferiores.

Para este parecer, a evolução humana não se restringe a um aperfeiçoamento de aparatos técnicos e ao alcance de novos conhecimentos. A ascese do homem é imprescindível na lógica da antroposofia, um desenvolvimento das faculdades anímicas, mentais e morais. A essência da individualidade do ser humano não nasce não cresce, nem morre. Segundo Steiner, o ego espiritual “desce” vibratoriamente ao mundo físico para um desenvolvimento da consciência e do autoconhecimento, passando a existir como entidade emancipada. A consciência de si mesmo diferencia o homem do animal. Tal faculdade lhe permite realizar experiências de um contato muito mais complexo do que o realizado por meio dos seus sentidos físicos. É no Eu, que o homem concebe sua realização espiritual.

Entretanto, o homem também é estudado segundo uma concepção que o agrega à natureza animal e vegetal. Essa congruência intrínseca à sua existência pode ser exemplificada por:

À semelhança dos minerais, ele edifica seu corpo com as substâncias da natureza; à semelhança das plantas, ele cresce e se reproduz; à semelhança dos animais, apercebe-se das coisas em seu redor e estrutura vivências interiores com base em suas impressões. (STEINER, 2003, p. 29)

Nessa posição, a natureza anímica do homem distingue-se de sua corporalidade como um mundo interior próprio (STEINER, 2003, p. 30). Assim sendo, além das impressões sensoriais, o homem carrega em si, na forma das impressões sensórias, o sentimento e a vontade:

À impressão sensorial se junta, de início, o sentimento. Uma sensação dá ao homem prazer, outro desprazer. Trata-se de emoções de sua vida interior, anímica. Em seus sentimentos o homem acrescenta um segundo mundo àquele que o influencia de fora; e a isso

vem agregar-se ainda uma terceira: a vontade, mediante a qual o homem reage ao mundo exterior, imprimindo assim a esse mundo exterior seu ser interior. Em seus atos volitivos, a alma do homem como que jorra para o exterior. Os atos do homem diferem dos fenômenos da natureza externa por serem portadores de sua vida interior. Assim sendo, é a alma que se contrapõe ao mundo exterior; porém constrói de acordo com esses estímulos, um mundo próprio. A corporalidade torna-se o alicerce do anímico. No homem, às impressões sensoriais, se juntam os sentimentos e a vontade. (STEINER apud PILONI, 2008, p. 11)

A tríplice natureza humana, na antroposofia, formada pelo corpo, alma e espírito se manifesta por uma constituição quadrimembrada nos corpos físico, etérico, astral e o Eu. Entretanto, para Steiner, o homem não se perde por estímulos sensoriais. É justamente a reflexão sobre suas percepções e ações que surge o conhecimento e, portanto, a coerência racional.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PEDAGOGIA WALDORF

Em 1919, Emil Molt, diretor da fábrica de cigarros Waldorf-Astoria, pediu que Steiner organizasse uma escola baseada em sua cosmovisão do ser humano. Essa escola foi a origem da Pedagogia Waldorf, que rapidamente se espalhou pelo mundo (CARLGREN; KLINGBORN, 2006). A pedagogia, partindo do núcleo antroposófico se baseia em uma concepção do desenvolvimento do homem de uma forma global e ampla, em uma relação de comunhão entre as esferas do corpo físico, da alma e do espírito. Nessas três naturezas, há influência e dependência. Esta visualização permite reconhecer o desenvolvimento humano de forma intrínseca aos três. Neste caminho que capacita o conhecimento a se chegar a uma comunhão entre o espírito humano ao espírito cósmico, o papel do professor recebe um destaque especial, onde o faz acompanhar seu grupo de alunos durante todos os níveis do aprendizado primário e elementar. Essa relação de proximidade durante um longo tempo traz um laço e um valor no crescimento da criança que transcende a barreira que separa o aluno do professor e este passa a conhecer e a ter uma relação mais próxima da fraternidade paternal (CARLGREN; KLINGBORN, 2006).

A confiança e o amor dessa relação serão importantíssimos mais tarde. Um professor Waldorf dedicado acaba por trabalhar com quatro ou cinco grupos de alunos durante sua vida, porém o seu significado para eles será muito maior do que numa escola tradicional. Esse modelo educacional reconhece e afirma que o relacionamento humano, o laço e o amor partilhados nesse modelo, são tão importantes quanto quaisquer fatos e conceitos que o professor possa apresentar aos alunos. É como uma educação informal, fora do lar.

O DESENVOLVIMENTO INFANTIL ATRAVÉS DOS SETÊNIOS E A RELAÇÃO COM O EDUCADOR CONSCIENTE

Para realizar uma pedagogia com base no que já foi mencionado, o conhecimento do homem é mais uma vez tido como alicerce de sua aplicação. Steiner parte de uma visualização de períodos que evidenciam transformações e características bem distintas: os setênios. A presente síntese foi extraída do livro *A Pedagogia Waldorf*, de Rudolf Lenz (2005).

○ *Primeiro Setênio – Infância*: durante os sete primeiros anos de vida, a criança não percebe separação entre ela e o mundo à sua volta. Nestes primeiros anos, seu corpo etérico é o de maior influência, plasmando seu corpo físico através de tudo que a rodeia como os cuidados que recebem e os sentimentos das pessoas que a cercam. A criança vive apenas de seus processos vitais como sono, alimentação, metabolismo, movimentos descontrolados, por exemplo. Mesmo estando acordada, sua consciência é bastante reduzida, e ela não vê diferença ou separação entre o si e o meio que a circunda. Desta maneira, tudo o que existe no ambiente, inclusive estados emocionais das pessoas que a cercam, seu caráter e suas intenções, assim como tudo o que vê e ouve é absorvido, como uma esponja, por seu corpo etéreo. Sendo ele o responsável pela constituição de seu corpo físico, a constituição de seus órgãos, seus metabolismos e em consequência sua saúde presente e futura são decorrência da educação que recebe. A criança desenvolve-se através da imitação de tudo o que vê ao seu redor. Inicialmente são apenas gestos, sons,

porém irão se tornando imitações de comportamentos, modo de falar, sem qualquer julgamento de certo ou errado. Um educador consciente percebe que tem a chave para a educação desta criança, pois a criança está entregue a imitação de seu comportamento, intenção, sentimentos e atitudes. Como a criança não tem qualquer barreira entre ela e o mundo, também irá expressar tudo o que se passa dentro dela, seus gestos, sua mímica, a passagem instantânea do choro ao riso e vice-versa, o prazer nas atividades que faz como correr, pular, escorregar, percebidos como vontade nada mais é do que a força de seus impulsos motores. Sendo assim, a criança pequena é apenas vontade, ainda inconsciente, que conduz ao movimento, e é desta maneira que ela conquista o espaço que a cerca, treinando seu sistema motor. Nesta etapa, quando começa a desenhar, rabiscos retos ou circulares, que são a expressão da motricidade de sua mão, dando expressão à vontade contida no corpo inteiro. O educador consciente perceberá que tudo isso faz parte de seu desenvolvimento e não deve ser inibido, porém deverá ser conduzido com uma regularidade rítmica. Durante o dia, há que se ter o momento certo de correr, desenhar, dormir, lanchar, e com sua repetição irá harmonizar toda esta vontade caótica. É interessante notar que sendo a criança cuidada respeitando ritmos e horários, ela mesma irá lembrar e pedir para que seja cumprida, como a hora da história depois do almoço, por exemplo. Com o tempo, o corpo etérico vai se tornando mais autônomo e sua ligação com o corpo físico é menor e a memória e a inteligência vão se desenvolvendo. A experiência imediata e a conservação do fato na forma de representação mental, imagem mental são separadas. Enquanto isso, a conservação das experiências gravadas na memória lhe dá a noção de separatividade, dando início à consciência do próprio eu, dando início a uma fase onde ela se torna bastante teimosa e cheia de oposição, dando início a uma expressão da vontade mais consciente. Com isso percebemos que todo o aprendizado deve dirigir-se primeiro à vontade. Fisicamente, a criança irá apresentar ao final deste processo, uma série de aspectos novos: os dentes de leite são expulsos, aparecem músculos no lugar da gordura, o corpo se alonga, demonstrando que a primeira fase da vida terminou e ela se encontra pronta para a próxima fase: a escolaridade.

O Segundo Setênio – *Juventude*: neste período, o corpo astral é o mais atuante, sendo responsável pelo desenvolvimento de sentimentos, fantasia e emotividade que agora participam do pensar e da memória, dinamizando sua evolução. Porém, se o eu atuar no corpo astral e no resto do organismo de forma excessiva, o jovem se tornará um materialista e ao contrário, poderá se tornar desligado da realidade. A harmonização entre esses dois extremos pode ser trabalhada dando-se maior ou menor ênfase a certas matérias que desenvolverão um ou outro. Por exemplo, a geometria, a aritmética, a linguagem, favorecem a conscientização do mundo que a cerca, enquanto o desenho, a história, as atividades artísticas favorecem uma vida sentimental menos realista. Na puberdade, o verdadeiro elemento do corpo astral é a musicalidade. Toda a vida sentimental, seus entusiasmos e tristezas, anseios e expectativas, são elementos musicais devido ao ritmo que se expressam. Sendo assim, a chave de ouro da educação durante esse período consiste em trabalhar com os sentimentos da criança, usando para isso imagens que a elevem. Ela está envolvida emocionalmente em seu processo de aprendizado, de conhecimento e pensamento. Tudo se expressa através de reações sentimentais de simpatia ou antipatia, de admiração, entusiasmo ou tédio. O professor deve atuar como um artista que se dirige aos sentimentos de seu público. Além disso, o sentimento do belo deve ser estimulado por meio de atividades artísticas e artesanais, por meio do “fazer”, dando lugar a uma atividade criativa no lugar de uma atividade passiva do aprender. Durante os três primeiros anos do segundo setênio, a criança vive em uma participação com o mundo, não existe o “dentro” e o “fora”, entre o “eu” e o “não eu”; tudo no mundo tem vida, os animais, as coisas “falam”. É a época dos contos de fadas, onde ela vivencia como realidade. Já aos 9 anos, sua personalidade sentimental começa a expressar-se. O estudo da botânica e da zoologia deve ser inserido; não de uma maneira mecanicista, mas vivenciada como fazendo parte de um todo, da terra, da paisagem, relacionada às semelhanças com o homem. A criança está em sua forma mais pura, são harmoniosas e saudáveis. Porém, aos 11 anos e dois terços, aparecem as primeiras sombras, como uma antecipação da turbulência que virá no início do terceiro setênio, expressando-se, muitas

vezes, através de uma introspecção ou o sentimento de solidão. Surgem então os primeiros vestígios de uma autoconsciência e o sentimento de que o mundo lá fora é sombrio e assustador. O raciocínio próprio surge e o interesse pelo mundo torna-se mais objetivo. O intelecto passa a ser capaz de captar leis e abstrações. Neste momento, o currículo deve conter os primeiros elementos da física, química e mineralogia, obedecendo a uma lenta passagem dos fenômenos em si, para as fórmulas e leis abstratas. O princípio pedagógico do segundo setênio é a autoridade. Pais e mestres devem representar para o jovem, uma autoridade indiscutida e indiscutível, que o conduzirá com mãos fortes e amorosas. Essa autoridade baseia-se na admiração, no reconhecimento, ainda que inconsciente, das qualidades superiores daquele que o guia, unindo-se inicialmente ao princípio da imitação, mais tarde substituindo-o. Dos 9 aos 12 anos, julgamentos e opiniões serão aceitos com base na autoridade do educador. Porém, aos 12 anos, despertará no aluno o sentido do juízo próprio, dando início à fase onde ele colocará à prova e questionará, primeiro inconscientemente e depois abertamente, a autoridade antes seguida; até a crise da puberdade, onde toda a autoridade desmorona. Neste momento, cabe aos pais e educadores, maior sensibilidade e respeito à expressão do jovem, pois, embora o eu do aluno tenha se desenvolvido a ponto de sustentá-lo em suas contestações, a autoridade ainda é natural e condizente. E, não tendo presente em sua vida essa autoridade, o jovem irá procurá-la nos protagonistas de filmes, em heróis da televisão ou em colegas mais velhos. Sentindo sua personalidade sentimental desabrochar, o jovem pode sentir certo pudor e reagir fechando-se em si mesmo. Embora essa tendência deva ser respeitada, é necessário impedir que se transforme em egocentrismo, atraindo seu interesse para a realidade da vida, para os deveres sociais e o mundo exterior. Para que possa ser responsabilizado por seus atos, é necessário que o jovem tenha desenvolvido seu eu, pois a própria moral não pode ser “ensinada” de forma abstrata, teoricamente. Para isso, é ainda utilizando imagens e sentimentos, que a formação de critérios de moralidade irão se desenvolver. O Bem deve agradar e o Mal provocar repulsa. Naturalmente o educador irá tornando suas opiniões e afirmações mais discretas e o jovem irá afirmando sua apreciação pessoal. Sendo assim, o

adulto será mais independente e livre em seus julgamentos morais quanto maior tempo tiver para amadurecê-los. Embora em nossa sociedade a transformação no aspecto físico seja a única a ser reconhecida, profunda transformação psíquica e mental acontece nesta fase. O segundo setênio culmina com a puberdade, e a atitude de amor pelo mundo e a admiração por toda a criação, deverá dar início a consciência do próprio corpo. Vivido como algo normal, o erotismo é a plenitude dos sentimentos entre duas individualidades. Naturalmente, se esse sentimento de normalidade ficou comprometido, devido à atrofia na riqueza da vida sentimental, o erotismo irrompe nesse vazio e assume uma importância doentia e anormal.

O *Terceiro Setênio – Adolescência*: segundo Lanz (2005), o terceiro setênio é o período durante o qual o eu torna-se autônomo. Partindo-se do pressuposto de um desenvolvimento anterior normal, o eu autônomo desenvolveu as faculdades mentais e morais; responsáveis pela liberdade da vontade, isto é, o livre-arbítrio e plena responsabilidade moral. O indivíduo torna-se capaz de emitir julgamentos objetivos e de agir segundo critérios éticos absolutos. No terceiro setênio a diferença entre os sexos aparece: o sexo feminino é caracterizado por uma preponderância do corpo astral e o masculino por uma preponderância do eu. Estando ligado mais intimamente ao corpo astral, o eu feminino participa, de certa forma, da maturidade alcançada por este: o caráter da moça é mais “sentimental”; ela raciocina antes com sentimentos oriundos de seu corpo, e seu comportamento exterior demonstra segurança e consciência de si. Em compensação o rapaz vive mais em seu eu, ainda pouco desenvolvido, faltando-lhe o desenvolvimento emocional (corpo astral). Não se sentindo compreendido, o rapaz refugia-se dentro de si, cheio de pudor e medo de que os outros possam penetrar na intimidade de sua solidão. Ambos os sexos são, em geral, impertinentes e agressivos; mas enquanto nas moças é apenas resultado de sua exuberância astral, nos rapazes ele decorre de uma compensação de sua insegurança encobrendo dramas e frustrações. Convém cultivar, ainda na pré-puberdade, a coragem e a sensação da própria força nos rapazes e a religiosidade e moralidade (sem pieguismos) nas moças. O despertar do julgamento próprio conduz a um impiedoso espírito de crítica. O jovem tem prazer em colocar em dúvida as opiniões

dos outros, em questionar seus motivos. Os pais e professores se veem diante de uma súbita revolta, bem como a recusa em admitir valores, critérios e ponderações cujo fundamento eles não tenham aceitado por raciocínio próprio. O princípio pedagógico da autoridade, tão certo e útil durante o segundo setênio, deixa de ter, portanto, qualquer valor durante o terceiro setênio. Ao contrário, invocar qualquer autoridade sem possuir a justificação para isso, provoca uma atitude de revolta. Podemos dizer que “o princípio pedagógico do terceiro setênio é o reconhecimento das reais qualidades do educador, e em particular de sua capacidade intelectual e integridade moral” (LANZ, 2005, p. 59). Aos 14 anos, o eu nascente provoca no jovem a consciência do próprio existir. Ele começa a sentir-se como um eu e a vivenciar o mundo como um “não eu”. Esta realização se dá através de lutas e turbulências da puberdade, que é o aspecto exterior dessa crise. Nesse momento, o jovem mal preparado, sai vencido ou se deforma. Se sua evolução tiver sido harmoniosa, o adolescente vencerá essa crise existencial, encontrando o equilíbrio entre o “dentro” e o “fora”, isto é, entre o ensimesmar-se e a integração no mundo ambiente e no meio social. O período que culmina com a maturação de toda a personalidade, aos 21 anos, deve trazer para o educador, como tarefa principal, a síntese harmoniosa de todas as qualidades de seu aluno. Isso significa, de um lado, a harmonização das forças anímicas – pensar, sentir e querer. Um pensar dirigido por um querer sereno, um querer dominado por um discernimento inteligente, tudo isso permeado por sentimentos fortes, mas não egoístas: eis o ideal que o educador deveria almejar. Evidentemente, ele respeitará a individualidade de cada um de seus alunos; longe dele a ideia de fazer destes apenas “decalques” de si próprio (LANZ, 2005, p. 60). De outro lado, os adolescentes deveriam conhecer a vida humana em seus aspectos práticos, não só a tecnologia moderna, por exemplo, mas também a realidade social e os problemas angustiantes da humanidade, numa experiência direta e participativa. Desse discernimento da realidade deve nascer no jovem uma fixação de metas para a sua própria vida futura. Em vez de sair da escola com a cabeça cheia de informação e o coração cheio de tédio, deve ser formado a desejar fazer uma contribuição para o progresso do mundo. Existe na sociedade um verdadeiro culto ao espírito

crítico e ao sexo como expressão do jovem, mas, embora esses fenômenos não sejam negados, fica claro que essa idolatria só pode ser fruto de uma sociedade e um sistema educacional falho e deturpado. Como o sexo, as drogas ocupam o vazio criado pelo tédio, pela atrofia da vida sentimental e pela falta de engajamento, consequência de uma educação que vê no homem apenas um animal “um pouco mais inteligente”. Depois da puberdade, o princípio pedagógico da autoridade não funciona mais e deve ser substituído pelo reconhecimento espontâneo, por parte do aluno, de que o educador é uma personalidade de grandes qualidades e à qual vale a pena submeter-se numa relação mestre-discípulo. Como uma qualidade que o adolescente preza é a honestidade, o educador esforçado, que não quer parecer mais do que é e que respeita o jovem, será aceito sem dificuldade, desde que a educação anterior tenha sido elaborada de acordo com as leis do desenvolvimento humano.

O PROFESSOR WALDORF

Na Pedagogia Waldorf, é a índole, a maneira de ser do educador que atua sobre a criança até os 7 anos de idade, primeiro setênio; já no segundo setênio, é o seu temperamento e suas emoções que vão agir sobre o corpo etérico dos alunos; e o eu do educador, sua personalidade intelectual e moral, que irão provocar as reações emocionais da astralidade nos alunos. Exigem-se, portanto, qualidades e capacidades do professor a cada setênio. Essa situação é devida aos três princípios pedagógicos elaborados por Steiner: a imitação no primeiro setênio; a autoridade amorosa no segundo e o juízo próprio, resultado da observação e da vivência própria, no terceiro setênio (CARLGREN; KLINGBORN, 2006). O professor de classe acompanha seus alunos desde a primeira até a oitava série, ministrando ele mesmo as matérias tradicionais e mais algumas com as quais tenha afinidade, como a música ou artes manuais, por exemplo. Devida à importância que o professor adquire na vida do aluno, não pode ser substituído a cada ano. No convívio diário e variado com seus alunos, o professor avalia seu desenvolvimento, assim como cria um estreitamento

dos laços afetivos com o aluno, sendo eles, tão importantes quanto são os pais. Sendo o mesmo professor a ministrar todas as matérias, o professor se defronta com várias características do aluno, descobrindo seus dons e suas fraquezas. Como ele estará com o aluno durante oito anos, sua meta não é o ensino de determinada matéria, e sim seu desenvolvimento como um todo.

Para conhecer mais intimamente cada aluno, o professor cultivará o contato com os pais. Frequentando suas casas, conhecerá também a vida particular do aluno, seus problemas e sua família. Estreitando laços, sua atuação pedagógica de corrigir, amenizar, reforçar, compensar e sublimar certos aspectos será facilitada. Ao menos uma vez por semestre, pais e mestres se reúnem, onde os professores relatam seu trabalho, expõem problemas específicos, podendo haver eventuais consultas ou mesmo críticas ao professor, que exporá o desenvolvimento dos alunos através de seus trabalhos e cadernos. Devido à abrangência de matérias que irá ministrar, o professor deverá assimilar todas, tanto àquelas que se sente mais inclinado, quanto a outras as quais possa inclusive ter aversão, para que possa usá-las como meio pedagógico e não apenas como conhecimento, trazendo-as para sala de aula com sincero entusiasmo, transmitindo não apenas conhecimento, mas vivências. Certamente ao longo desses oito anos, o professor também deve desenvolver-se e transformar-se, recriando-se muitas vezes, caso contrário a classe se cansará dele. Além disso, deve assumir algum trabalho fora da sala de aula, participando da administração da escola, de conferências e reuniões e aconselhamentos aos colegas. Todos os professores que lecionam numa classe formam também um grupo para trocarem impressões sobre o trabalho e medidas disciplinares.

O professor de classe, diante de tudo o que representa, será o próprio símbolo do espírito Waldorf. Porém, como tudo tem limites, aos 14, 15 anos de idade o aluno deve ser libertado desse convívio. As matérias passam a serem dadas por professores especializados e cada classe passa a ter seu tutor. Essa etapa condiz com o desenvolvimento anímico-espiritual do jovem, pois essa mudança coincide com a própria virulência da época pós-adolescência. É uma situação um tanto caótica, cabendo aos professores a tarefa de ajudar o jovem a encontrar-se a si mesmo.

O tutor é o elemento de ligação entre a classe e a escola, podendo mesmo ser escolhido pelos alunos. Ele centralizará os problemas e soluções da classe, as informações de todos os professores e será o elemento de ligação com os pais de alunos. À medida que os alunos se tornam mais adultos, o professor tem à sua frente indivíduos quase formados, aos quais não se pode aplicar um método. Ele mesmo atuará como indivíduo, e seu ensino será cunhado por sua personalidade. Serão as suas qualidades que conquistarão o respeito do aluno, e não a aplicação de qualquer técnica ou método. Numa escola Waldorf, o corpo docente é uma comunidade de pedagogos autônomos, responsáveis apenas perante sua própria consciência pedagógica. O que vale para sua escolha são sua personalidade, sua capacidade pedagógica, seus conhecimentos e sua experiência de vida. O mínimo que se deve exigir é a aceitação em todos os aspectos práticos, dos princípios pedagógicos, bem como a abstenção de qualquer ato ou atitude que possa ter efeitos negativos sobre a imagem da antroposofia e da Pedagogia Waldorf e sobre seus métodos. Um dos aspectos mais difíceis de serem compreendidos é a autonomia do professor Waldorf. Obviamente ela não é absoluta, mas é bastante grande com seu empregador, no sentido jurídico; não há dependência em relação a um diretor, pois não existe esse cargo no sentido tradicional do termo. A autonomia deve ser medida em relação à direção espiritual da escola, exercida por seus professores como um todo. Nenhum professor pode destoar dessa orientação. Por intermédio de seus órgãos (conferência interna, conselho administrativo etc.), o colégio dos professores sente o entrosamento e a atuação de cada membro de acordo com os critérios da Pedagogia Waldorf. O crítico mais severo e objeto do trabalho desenvolvido por cada professor deve ser ele mesmo. Steiner faz sentir em muitas ocasiões que o professor plenamente satisfeito consigo seria um contrassenso. Também nesse sentido ele deveria ser artista, pois o verdadeiro artista nunca está contente com sua obra: ela sempre fica aquém do que ele havia imaginado. Segundo Lanz:

O professor tem a responsabilidade de dominar seu próprio temperamento, transformando, quando necessário, sua voz e sua linguagem, evitando abstrações e falando de forma concreta e imaginativa; deve esforçar-se também por despertar diante de problemas

e situações cujo alcance normalmente lhe teria escapado. Ele aprenderá, em particular, a ler o efeito de seu trabalho nos próprios alunos. Isso pressupõe o conhecimento de seus alunos e de seus problemas, bem como o interesse pelos mesmos. Desta forma ele descobrirá os pontos onde surgem perguntas ou indagações em suas almas. Muito dependerá do entusiasmo com o qual apresentará cada matéria, da plasticidade de sua exposição, da boa estrutura de suas aulas, de sua própria sensibilidade em relação àquilo que faz nas profundidades das almas de seus alunos. Essa sensibilidade deve ser cultivada; para tal, conhecimento de psicologia infantil é útil e necessário. Como se vê, o trabalho do professor Waldorf nunca termina; em compensação, este se realiza plenamente e se enriquece – não materialmente, mas sob todos os aspectos verdadeiramente humanos. (2005, p. 88)

A PEDAGOGIA WALDORF NO BRASIL

A síntese a seguir foi realizada através da análise do livro comemorativo dos 50 anos da pedagogia no Brasil: *A Pedagogia Waldorf: 50 anos no Brasil* (ESCOLA WALDORF RUDOLF STEINER, 2006). A primeira Escola Waldorf no Brasil foi fundada em 1956, em São Paulo, pelo casal Hans e Melaine Schmidt, judeus refugiados da Alemanha no início da Segunda Guerra Mundial. Com a ajuda de um grupo de amigos que juntos estudavam os princípios da antroposofia de Steiner e com o financiamento de um industrial admirador da ideia, conseguiram aprovação da Federação das Escolas Waldorf Alemães, da qual viria para o Brasil o casal Ulrich, a fim de participar ativamente como professores e formadores de professores da prática da nova escola. Inicialmente recebendo, principalmente, filhos de imigrantes alemães, suíços e holandeses, a escola não parou de crescer e, em 1959, foi transferida para um espaço muito maior, com extensa área livre e capacidade para atender 500 alunos, podendo agora expandir seus ensinamentos até o colegial. Durante seus doze primeiros anos a escola foi bilíngue e foi se abasileirando à medida que formava professores brasileiros especializados.

Em 1973 teve início o curso secundário, contando para isso com o abrangente e incansável trabalho de Rudolf e Herwing Haetinger, na

orientação e formação de professores. Sendo o professor Rudolf Haetinger um respeitado pedagogo brasileiro, foi o responsável pela integração do ensino ao sistema educacional brasileiro. Durante seu desenvolvimento ao longo dos anos o espírito de colaboração entre os professores europeus e brasileiros tornou a vida escolar mais rica, acrescentando novas experiências às já trabalhadas, demonstrando a importância da Pedagogia Waldorf para a sociedade brasileira. Hoje existem no Brasil cinquenta e uma Escolas Waldorf que, como a “escola mãe”, iniciaram com poucos alunos de Jardim de Infância e cresceram naturalmente como todo organismo dentro do universo. Ao comemorar os 50 anos da Escola Waldorf Rudolf Steiner, falar em Pedagogia Waldorf no Brasil deixou de ser algo distante da realidade educacional do país. Ao mesmo tempo em que a antroposofia conquistou mentes e corações, o ensino mais humano, com uma visão holística dos indivíduos, tem transformado a vida de cidadãos brasileiros, muitos dos quais se tornaram agentes multiplicadores dessa proposta pedagógica. Diante da falência de muitos métodos tradicionais de ensino, a curiosidade sobre “aquela escola onde as crianças fazem tricô e recitam versos” virou tema de conversas, trabalhos e pesquisas. Reportagens na mídia sobre a escolha certa para os filhos incluem com frequência as Escolas Waldorf.

Em 4 de abril de 1998 foi fundada a Federação de Escolas Waldorf do Brasil com os objetivos de representar oficialmente as escolas e garantir a plena aplicação da Pedagogia Waldorf, como fomentar os conteúdos da antroposofia e cursos da mesma para as escolas afiliadas. A FEWB oferece proteção legal no país e também ajuda na edição e publicação de materiais que auxiliem no aprofundamento do corpo docente e também na divulgação da Pedagogia Waldorf. Ainda promove e incentiva contatos de intercâmbio com o movimento educacional Waldorf no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Rudolf Steiner, mesmo tendo previsto um desencontro no pensamento atual por situações aparentemente sem saída, contribuiu com um novo olhar a um sistema que já caminhava a uma carência de uma abordagem

integral e paradoxalmente desumana. Suas críticas e análises, com ressalvas à metafísica, ao idealismo e ao empirismo ainda que alvos de uma má compreensão dos acadêmicos ressoaram e vêm ganhando força.

Steiner ofereceu um arcabouço teórico complexo embasado em uma filosofia, epistemologia e antropologia sob um prisma ousado. Sua teoria do conhecimento, sob o enfoque de uma epistemologia formulada sob o enfoque cognitivo de Goethe se torna central para toda aplicação que parta da antroposofia. Nessa epistemologia evolutiva, Steiner focaliza o conhecedor, no nível da geração do pensar. O autocontemplamento, no pensar sobre o pensar, desmitifica o ponto crucial do entendimento de sua obra: o ato de conhecer. Ao dilema do homem com o mundo, Steiner revela a busca de sua filosofia, que é a própria liberdade.

A ciência ligada à arte, em um movimento constante de desconstrução e transmutação une também a razão e a emoção. As questões intrínsecas à esfera emotiva do indivíduo influenciam diretamente no ato de conhecer e na construção do conhecimento. Assim, sem a subordinação do conhecimento à ordem inerente das coisas, é gerada uma interdependência entre o observado e o observador. Este último por assumir um papel na construção do conhecimento. O homem então para conhecer a sua realidade é inevitavelmente transformado por ela. O conhecimento é posto para a antroposofia como a relação que permite se desvincular de conclusões idealistas acerca da presença do mundo na mente individual e de restrições materialistas. A teoria de Steiner visa provar essa inovação com suas contribuições práticas, e por seus resultados como os observados na própria Pedagogia Waldorf, exemplo este bastante acessível para o entendimento de um religar entre a arte e a ciência; e a razão e emoção. O conhecer não se vincula a uma obrigatoriedade e a uma obsessão de um objetivismo que dê atenção somente a aspectos quantitativos. O real munido de um global entendimento da arte na educação evidencia o valor qualitativo do conhecimento neste processo de compreensão do mundo. A afetividade atrelada ao longo processo da educação e da cognição constitui um marco fundamental na revelação de valores no fenômeno da vida. O admirar e o venerar, na contemplação do homem no mundo, estão mais do que nunca no nível mais sublime do ideal de educação. O

desenvolvimento do eu para o homem somente se faz por meio da conexão entre a dimensão científica e essa artística, tanto por não abandonar as leis da evolução quanto pela reconstrução contínua de si mesmo, que exige uma sutil e nobre criatividade.

A proposta de Steiner então surge por um equilíbrio do pensador, que não polariza sua criação. Esse conhecimento gerado então não será nem mecânico nem relativo, mas perpassará uma dinâmica existente entre perspectivas distintas. Esse conhecimento construído possui um alto valor tanto porque, em sua revelação também foi herdado e possui uma pluralidade de características, de acordo com as égides histórico-temporais da humanidade. O próprio conhecimento desconstruído também permanece com seu valor, por evidenciar um posicionamento exigente e não baseado em uma indução e opressão de autoridades externas. Todavia, é necessário uma ênfase e um trabalho na reconstrução do conhecimento, que, de forma vivenciada, corresponsabiliza individualmente uma coletividade pelo nascimento do novo. Para muitos pais, é ameaçador um processo escolar que envolva o desenvolvimento de um pensamento crítico, capacitado para resolução de problemas e lógica. Muito do conteúdo da Pedagogia Waldorf evidentemente se estrutura como um movimento contra-hegemônico. E assim, também o é dentro de um ideal familiar que vise à proteção do seu estilo iludido de vida, justamente porque as crianças que desenvolvem este processo crítico tendem a abandonar os princípios morais enclausurantes de padrões do estilo de vida dos pais. Por meio desta estrutura, que não necessita assumir o papel já mal conotado de revolução, os jovens, capacitados de exercer seu papel natural na criação, sob suas próprias ferramentas da intuição e do seu conhecimento interior profundo serão os naturalmente transgressores de uma sociedade que provou ser totalmente incapaz de evoluir com seus métodos ineficazes. No entanto essa transgressão revolucionária se pautaria em três conceitos distantes do ideário juvenil: consciência, honestidade e responsabilidade.

De acordo com o próprio Steiner:

Somos nós próprios que nos afastamos da terra-mãe, da natureza, e nos contrapomos como “eu” ao “mundo”. Com efeito, por mais verdadeiro que seja que nos afastamos da natureza, sentimos, todavia, que estamos dentro dela e a ela pertencemos. Só pode ser a

sua própria atuação que vive também em nós. Temos de encontrar o caminho de volta a ela. Precisamos procurar esse vestígio da natureza em nós e então encontraremos de novo o nexos entre o eu e o mundo. Somente podemos achar a natureza externa, conhecendo-a em nós. O que é igual a ela em nosso interior nos guiará. Mas queremos descer às profundezas de nosso próprio ser para lá encontrarmos aqueles elementos que levamos conosco quando nos separamos da natureza. A investigação do nosso próprio ser nos deve fornecer a solução do enigma. Temos de chegar a um ponto onde podemos constatar: aqui não sou mais apenas “eu”; aqui existe algo que transcende o “eu”. (STEINER, 2000, p. 10)

As experiências da Pedagogia Waldorf no Brasil comprovam a eficiência desse modelo educacional. É necessário reafirmar o seu caráter contra-hegemônico, no que tange à formação de cidadãos autônomos e livres das amarras do próprio sistema. Para manter a ordem opressora sobre a criação de uma ideologia e sobre um reconhecimento da força individual e coletiva, a ilusão incutida acerca da distância do ideal e de uma educação libertária como essa ainda opera. Este estudo foi feito numa tentativa de encontrar algo que sabemos ser natural, e não naturalizado. O ensinamento obtido foi a retomada de uma relação que hoje nos é utópica, onde na alma de um cidadão é encontrada a reflexão de toda sua comunidade e onde sua comunidade presencia a força da alma de cada cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARLGREN, Franz. KLINGBORN, Arne. *Educação para a liberdade – a pedagogia de Rudolf Steiner*. São Paulo: Escola Waldorf Rudolf Steiner, 2006.

COELHO, Humberto Schubert. *Goethe – espírito da contemporaneidade*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007. Disponível em: <http://www.ecsbdefesa.com.br/defesa/fts/GOETHE.pdf>. Acesso em: set. 2010.

ESCOLA WALDORF RUDOLF STEINER. *A Pedagogia Waldorf – 50 anos de Brasil*. São Paulo: Escola Waldorf Rudolf Steiner, 2006.

HEMLEBEN, Johannes. *Rudolf Steiner*. São Paulo: Antroposófica, 1989.

LANZ, Rudolf. *A Pedagogia Waldorf: caminho para um ensino mais humano*. São Paulo: Antroposófica, 2005.

PILONI, Pedro Roberto. *A contribuição da Pedagogia Waldorf na formação de jovens no século XXI: a experiência da Escola Livre Porto Cuiabá*. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

STEINER, Rudolf. *A obra científica de Goethe*. São Paulo: Antroposófica, 1984.

_____. *A educação prática do pensamento*. São Paulo: Antroposófica, 1988.

_____. *A arte da educação: o estudo geral do homem – uma base para a pedagogia*. São Paulo: Antroposófica, 2003.

_____. *Minha vida: A narrativa autobiográfica do fundador da antroposofia*. São Paulo: Antroposófica, 2006.

_____. *O método cognitivo de Goethe: linhas básicas para uma gnosiologia da cosmovisão goethiana*. São Paulo: Antroposófica, 2008.

_____. *A filosofia da liberdade: fundamentos para uma filosofia moderna*. São Paulo: Antroposófica, 2000. Disponível em: [http://www.bvespirita.com/A%20Filosofia%20da%20Liberdade%20\(Rudolf%20Steiner\).pdf](http://www.bvespirita.com/A%20Filosofia%20da%20Liberdade%20(Rudolf%20Steiner).pdf). Acesso em: 20 set. 2010.

SOBRE DESIGNER BABIES: QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NA MODIFICAÇÃO GENÉTICA DE SERES HUMANOS

Stephanie Lema Suarez Penetra¹

INTRODUÇÃO

A genética mendeliana serviu como base para o desenvolvimento da genética moderna. As pesquisas e descobertas nessa área tiveram grande crescimento ao longo do século XX, principalmente na sua segunda metade. E o aumento do interesse e conhecimento sobre genética humana culminou na criação do Projeto Genoma Humano (PGH), em 1990.

O Projeto Genoma Humano, concluído em 2003, foi o responsável por sequenciar e mapear o DNA humano, de modo que agora se dispõe de “informações detalhadas acerca da estrutura, organização e função do conjunto completo dos genes humanos”. (NATIONAL HUMAN GENOME RESEARCH INSTITUTE, 2009; nossa tradução). As novas informações acerca do código genético humano que se tornaram disponíveis após os estudos do PGH parecem fazer cada vez mais próxima a realização de intervenções genéticas nos seres humanos, através de terapias gênicas, ou a ideia de se modificar geneticamente o ser humano. Além de um enorme número de possibilidades de aplicações, as recentes descobertas no campo da genética humana trazem também uma série de questões relacionadas a aspectos éticos, legais e sociais. É difícil apresentar soluções absolutas para estas questões, mas o presente trabalho buscará encaminhar discussões sobre elas.

¹Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Vigilância em Saúde (2008-2010). Atualmente cursa Medicina na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Danielle Ribeiro de Moraes (mestre em Saúde Pública), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: stephanielsp@gmail.com.

Bebês geneticamente modificados, ou “*designer babies*”, seriam bebês produto da técnica de fertilização *in vitro*, com características determinadas pela seleção genética no período embrionário. O nascimento de bebês geneticamente modificados é um assunto que desperta opiniões muito divergentes quanto à segurança das tecnologias de seleção genética para aplicação em seres humanos, quanto aos objetivos e consequências sociais dessa aplicação e, por fim, quanto a questões éticas e morais. O presente trabalho pretende discutir as principais questões envolvidas na aplicação das técnicas de engenharia genética diretamente² a seres humanos, pela criação dos *designer babies*, tendo como objetivo geral contribuir para o debate acerca da aplicação da engenharia genética diretamente a seres humanos e como objetivos específicos:

- Caracterizar questões éticas relacionadas à seleção e/ou modificação genética em embriões humanos na literatura científica.
- Relacionar as teorias eugênicas à aplicação de tecnologias de engenharia genética a seres humanos.
- Fomentar reflexões acerca das distinções entre eugenia positiva e negativa.

Em relação à segurança das técnicas atuais, cientistas reconhecem que o diagnóstico genético pré-implantação de embriões não é totalmente confiável e, além disso, ainda não há um entendimento pleno acerca do genoma humano, desconhecendo-se efeitos secundários de alguns genes e efeitos de genes combinados. E, ainda que as técnicas atuais fossem totalmente seguras, permaneceria o debate relacionado a outras questões. Essas questões dizem respeito, principalmente, aos limites éticos da manipulação genética. Também se discute sobre alterações genéticas que visam, além da prevenção de doenças, a incidência de algumas características determinadas pelos pais.

A grande divergência de opiniões em torno do tema dos *designer babies* gera a necessidade de um debate a respeito do possível nascimento de *designer babies*, assim como uma discussão sobre outros assuntos diretamente ligados ao progresso e possível aplicação de terapias gênicas,

² Vale ressaltar o “diretamente” quando se faz referência à seleção e modificação do genoma humano, visto que técnicas de engenharia genética aplicadas a outros seres – como no caso dos vegetais transgênicos – também exercem influência significativa sobre os homens.

como a defesa do determinismo genético, quando se acredita que um dos principais regentes do comportamento, personalidade e demais características de um homem é o seu código genético. Há ainda o possível surgimento de uma nova elite social – a dos que tiveram o seu código genético modificado –, pois, como o processo de criação de *designer babies* apresenta um custo relativamente alto, em uma sociedade capitalista ele se torna inviável para indivíduos oriundos de classes sociais com menor poder econômico. É necessário fomentar discussões, expor as principais questões e pontos de vista sobre o nascimento de seres humanos geneticamente modificados, de maneira a definir em que casos a engenharia genética poderia ser moral e eticamente aceita e trazer benefícios à sociedade como um todo.

Enfim, surge a necessidade de um debate acerca dos usos das novas tecnologias disponíveis. Neste trabalho, pretende-se provocar este tipo de debate pela abordagem de questões relacionadas à aplicação dessas tecnologias em seres humanos, no que diz respeito ao possível nascimento de *designer babies*.

As informações expostas nesta monografia são fundamentadas na literatura científica – monografias, teses, artigos científicos, livros, reportagens e documentários – sobre o uso de tecnologias de intervenção genética em seres humanos publicada nos últimos vinte anos. Esse período foi determinado porque, como esse é um assunto relativamente novo, a grande maioria das publicações acessadas tornou-se disponível nos últimos vinte anos.

DESENVOLVIMENTO DA GENÉTICA ATÉ O GENOMA HUMANO

Em 1865, após cerca de sete anos de experimentos com várias espécies, merecendo destaque as ervilhas, o botânico austríaco Gregor Mendel formulou e publicou as primeiras leis da hereditariedade. Inicialmente, as ideias mendelianas não tiveram grande impacto no meio científico, porém, principalmente a partir do início do século XX, passaram a receber mais

atenção, de modo que hoje são consideradas os fundamentos da genética moderna. Desde as descobertas de Mendel, são notáveis os avanços alcançados nas pesquisas sobre biologia molecular e genética, sem os quais não se tornaria possível a ideia de se conceber seres humanos geneticamente modificados. Os fatos de maior relevância neste caso são apresentados adiante:

1869: o DNA (inicialmente denominado “nucléina”) é descoberto em 1869 por Johann Friedrich Miescher;

1879: W. Flemming descobre a “cromatina” que, na verdade, também corresponde ao o DNA;

1889: determina-se que o DNA é composto de ácidos nucleicos;

1892 e 1903: respectivamente, Weissman associa uma parte do núcleo à hereditariedade, e Sutton faz o mesmo, só que com uma parte do cromossomo;

1899: é realizado, em Londres, o primeiro congresso internacional na área de genética, a *International Conference of Hybridization and on Cross-Breeding of Varieties*;

1902: Garrod publica um estudo sobre a incidência de alcaptonúria, uma doença genética recessiva, e, pela primeira vez, as ideias mendelianas são, de fato, associadas a uma característica humana;

1906: é criado o termo “genética” por W. Bateson;

1908: é publicado o Equilíbrio de Hardy-Weinberg, o teorema fundamental da genética populacional;

1909: Morgan utiliza, pela primeira vez, organismos em estudos sobre genética, com moscas do gênero *Drosophila*;

1910: Morgan define como “gene” a unidade que armazena a herança genética;

1928: Karpechenko cria o primeiro organismo artificialmente poliploide, originando uma planta com raiz de couve e folhas de rabanete;

1929: Levene mostra que há DNA ou RNA em todas as células animais ou vegetais;

1931: é desenvolvida, por S. Wright, uma teoria evolutiva que abranja seleção natural, endocruzamento, deriva genética e fluxo gênico;

1932: é apresentada a expressão “engenharia genética”, em um congresso de genética realizado em Nova Iorque;

1941: Edward Tatum e George Beadle descobrem que os genes codificam proteínas;

1944: descobre-se que o DNA está relacionado à hereditariedade;

1951: Wilkins apresenta a fotografia de raios-X de um cristal de DNA, são estabelecidas as regras básicas para a disposição dos nucleotídeos no DNA e no RNA;

1952: Chase e Hershey demonstram que o DNA é a estrutura responsável pela transmissão de características hereditárias;

1953: é descoberta a estrutura de dupla-hélice do DNA, por James Watson e Francis Crick;

1956: a identificação do número exato de cromossomos (46) na espécie humana, por Jo Hin Tijo e Albert Levan;

1957: Crick estabelece o princípio de uma nova teoria de processos vitais: DNA -> RNA -> proteína;

1962: é realizado o congresso CIBA – *Man and his future* (O homem e seu futuro) para tratar de assuntos relativos à modificação genética;

1964: Nirenberg, Holley e Khorana decifram o processo de produção de proteínas a partir do DNA;

1968: decifra-se a função do código genético na síntese de proteínas;

1970: Khorana desenvolve o primeiro gene artificial; Baltimore revela o processo da transcriptase reversa (transformação de RNA em DNA); é publicado *Fabricated man: the ethics of genetic control* sobre a aplicação de “cirurgias genéticas” a fim de curar defeitos genéticos;

1971: debates em torno de manipulação genética começam a receber enfoque;

1973: desenvolve-se a técnica de manipulação genética; é criado na Academia Nacional Americana de Ciência um comitê que tem como objetivo analisar os riscos da manipulação genética;

1975: desenvolve-se uma técnica que permite o sequenciamento das bases do gene e leitura do código genético; e é desenvolvido o

método de transferência do DNA para uma membrana, permitindo a visualização de genes a partir de um genoma complexo;

1976: descobrem-se genes ligados à ocorrência de câncer, os oncogenes; é isolado o primeiro gene humano; é fundada a primeira empresa de biotecnologia, a *Genentech*;

1977: é decodificado e clonado, pela primeira vez, um gene defeituoso, o da anemia falciforme; é sequenciado um DNA viral; R. Roberts e P. Sharp descobrem os íntrons; é localizado um gene humano por hibridização molecular;

1978: é desenvolvida a insulina humana artificial, produzida em laboratório pela *Genentech*, sintetizada por bactérias manipuladas; criação da primeira biblioteca genômica humana; utilização de métodos moleculares para diagnóstico pré-natal de anemia falciforme;

1979: é clonado o hormônio do crescimento humano, pela *Genentech*; é publicado um artigo, de L. Shettles, que relata a transferência *in vitro* do núcleo de uma espermatogônia para um ovócito maduro que foi mantido até o estágio de mórula (estágio que antecede a implantação do embrião no útero);

1980: Surge a teoria da existência de príons, proteínas infectantes, que, no entanto, só é aceita 15 anos depois; A Suprema Corte Americana concede a dois pesquisadores a patente pela técnica do DNA recombinante e determina que organismos criados por engenharia genética possam ser patenteados;

1981: é descoberta por S. Anderson a sequência completa do DNA mitocondrial humano;

1982: é realizado um experimento de modificação genética em células da linhagem germinal de animais; a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa proíbe modificações genéticas em células germinais humanas;

1983: descobre-se que o material genético de um indivíduo é constituído por uma sequência específica de nucleotídeos, que compõem o DNA; localização de um lócus autossômico ligado à ocorrência de uma doença (no caso, doença de Huntington) cujo gene e proteína são ainda desconhecidos;

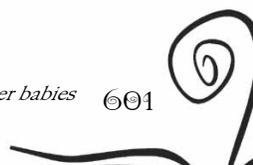
1984: é desenvolvida a ideia de mapeamento do genoma humano;
1985: desenvolve-se a técnica de transferência de núcleos de células de embriões mamíferos; há, pela primeira vez, o diagnóstico pré-natal de uma doença, no caso, distrofia muscular de Duchenne; é desenvolvido o método da reação em cadeia da polimerase;
1986: é anunciada a geração de uma ovelha a partir de um núcleo retirado de um embrião de oito células;
1987: o Conselho Nacional de Pesquisa americano aprova a terapia gênica;
1989: adota-se o procedimento a de diagnóstico pré-natal; pela primeira vez, é realizado o tratamento de uma doença genética com terapia gênica e ocorre a sequenciação, inédita, de um gene humano.

Percebe-se que com o passar do tempo, cada vez mais as pesquisas traziam resultados inéditos na área, aumentando o interesse sobre genética nos seres humanos. Vale ressaltar que, junto com esses avanços, também eram criadas instituições que visavam regulamentar a manipulação genética, e, embora a maioria delas não tenha sido mencionada nesta linha do tempo, tiveram importância fundamental para o estabelecimento dos limites de atuação da engenharia genética. Com o aumento do interesse sobre a genética humana, é fundado, em 1990, o Projeto Genoma Humano.

O Projeto Genoma Humano (PGH), concluído em 2003, teve como objetivos

(...) identificar todos os aproximadamente 20.000-25.000 genes no DNA humano, determinar as sequências dos três bilhões de pares de bases químicas que compõem o DNA humano, armazenar essas informações em bases de dados, melhorar as ferramentas de análise desses dados, transferir ao setor privado as tecnologias relacionadas e localizar as questões éticas, legais e sociais que possam surgir com o Projeto. (UNITED STATES DEPARTMENT OF ENERGY GENOME PROGRAMS, 2011; nossa tradução)

Mesmo após o fim do PGH, continuam os estudos acerca do código genético humano (por exemplo, com o Human Genome National Institute, nos Estados Unidos), pois ainda não se tem pleno conhecimento de todas



as funções de todos os genes e das interações que possam existir entre dois ou mais genes. Mas, de qualquer forma, as novas informações acerca do código genético humano que se tornaram disponíveis após os estudos do PGH fomentam o surgimento de uma série de questões de caráter ético, legal e social.

Cria-se grande expectativa sobre os conhecimentos obtidos a partir do PGH, pois eles, na prática, trazem à tona uma gama enorme de possibilidades para suas aplicações. O domínio do conhecimento sobre os genes humanos possibilitaria o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico de doenças ou predisposição ao desenvolvimento de doenças genéticas e medicamentos muito mais eficazes do que os que são disponíveis sem esses conhecimentos. Há também a possibilidade de se modificar o código genético do ser humano ainda no período embrionário, o que poderia evitar a incidência ou predisposição a doenças sabidamente de origem genética, além de permitir que sejam definidas outras características da pessoa em questão. Este tipo de modificação é o que define os *designer babies*.

Por isso tudo, as áreas de desenvolvimento de tecnologias de engenharia genética atraem investimentos de empresas públicas e privadas. “As indústrias química, farmacêutica e agrária passaram a investir milhares de dólares no desenvolvimento desta tecnologia [da genética molecular]” (GARCIA; CHAMAS, 1996, p. 2). Em um quadro publicado em 1995 na *Business Week* (apud GARCIA; CHAMAS, 1996, p. 3) são listadas algumas empresas – farmacêuticas e de biotecnologia – envolvidas no Projeto Genoma Humano e as estratégias adotadas por elas (ver quadro 1).

Analisando as informações contidas no quadro, é possível perceber que, além de cada empresa investir “individualmente” em pesquisas, há o estabelecimento de “parcerias” entre elas. Essas estratégias evidenciam o interesse de empresas dessas áreas em descobertas sobre o genoma humano.

Por outro lado, ainda há grupos céticos em relação aos reais benefícios que esses conhecimentos podem trazer à população. Questiona-se, por exemplo, sobre a criação de “bancos populacionais de DNA”³ – uma espécie de banco de dados genéticos da população –, envolvendo a confidencialidade das informações de cada indivíduo, ou ainda, sobre que ins-

³ Termo usado por Mayana Zatz em seu artigo “Projeto Genoma Humano e ética”.

tituições teriam acesso a esses dados. Esse é um fator determinante, por exemplo, em relação à possível discriminação de pessoas em alguns contextos sociais: cobertura de planos de saúde, oportunidades de emprego etc.

Também deve ser questionada a real abrangência das aplicações dos resultados dos estudos do PGH, isto é, que grupos sociais poderão, de fato, usufruir dessas aplicações. A julgar pelo panorama atual, é provável que grupos sociais de maior poder econômico tenham mais acesso a essas tecnologias, pois, além de o Estado, hoje, não disponibilizar serviços públicos de saúde para toda a população, grande parte das pesquisas são realizadas por instituições privadas. Merece destaque a Celera Genomics, empresa americana de biotecnologia presidida pelo biólogo Craig Venter, que promoveu pesquisas sobre o genoma humano junto ao PGH, e hoje já aplica conhecimentos obtidos com as pesquisas genéticas, principalmente no sentido de elaborar testes diagnósticos para determinadas doenças.

Quadro 1 – Algumas empresas envolvidas no Projeto Genoma Humano: empresas farmacêuticas e firmas de biotecnologia que estão explorando o genoma humano

Empresa	Estratégia
Human Genome Sciences	Decodificar todos os genes humanos e desenvolver medicamentos e diagnósticos, em parceria com outras empresas.
Smithkline Beecham	Investiu US\$125 milhões na Human Genome Sciences para utilizar suas sequências a fim de criar novos produtos.
InCyte Pharmaceuticals	Ler DNA de muitos tecidos diferentes para encontrar genes interessantes. Vender o acesso aos seus dados.
Pfizer	Pagou a InCyte US\$ 25 milhões para ter acesso ao banco de dados.
Upjohn	Assinou acordo de US\$ 20 milhões com a InCyte para obter dados de genes.
Bristol Myers Squibb	Investiu na SEQ e Cadus para desenvolver nova tecnologia de leitura de genes e seleção de drogas.

Millennium	Pesquisar genes específicos que causam a obesidade, diabetes, asma, arteriosclerose e câncer.
Hoffmann-La Roche	Assinou acordo de US\$ 70 milhões com a Millennium.
Merck	Pagou à Universidade de Washington para ler 200 mil fragmentos genéticos.
Sequana Therapeutics	Pesquisar história de famílias e dados da Human Genome Sciences em busca de genes que causam hipertensão, asma e obesidade.
Amgen	Decodificar genes para encontrar novos alvos de medicamentos.
Takeda	Usar dados da Smithkline e da Human Genome Sciences para desenvolver remédios.

Fonte: *Business Week*, 1995, apud Garcia e Chamas, 1996.

Em maio de 2010 foi divulgada a notícia do desenvolvimento da primeira célula controlada por um genoma sintético no mundo, por cientistas do J. Craig Venter Institute. Apesar de a célula desenvolvida ser bastante simples, a novidade já fomenta o surgimento de expectativas em torno dessa técnica, principalmente devido ao fato de ela trazer à tona a possibilidade de se modificar genes. Então, com o desenvolvimento dessa técnica, o homem estaria apto a modificar o código genético de uma maneira que vai além da seleção e eliminação de determinados genes, que é o que acontece atualmente. Como disse a bióloga Mayana Zatz, em entrevista ao jornal *O Globo*:

É um genominha sintético extremamente simples, mas é um salto gigantesco. Por hora, estamos a anos-luz de um genoma humano sintético, mas a gente pode enxergar no futuro enormes potencialidades. Imagine o caso de genes defeituosos. Podemos pensar em sintetizar um gene normal da pessoa e fazer este gene ter a função do gene defeituoso, evitando a doença. O tratamento atual genético é feito na base da seleção. Você pode selecionar os genes não defeituosos e esperar que eles não mudem. Mas ainda não temos o poder de alterar genes. Isso pode mudar agora. Vai levar tempo e dar muito trabalho, mas pode mudar. (SCOFIELD, 2010, p. 1)

Existem questões de caráter jurídico que também aparecem com as descobertas relacionadas ao genoma humano. Como este tema é relativamente novo, as leis atuais não são capazes de oferecer respostas a essas questões, “ainda não há um ‘estatuto jurídico do patrimônio genético’ claramente definido” (CARNEIRO; EMERICK; ROCHA, 2000, p. 22). Há um debate, por exemplo, em torno da possibilidade de patenteamento das informações obtidas; neste caso, a divergência de opiniões surge pois há quem defenda que, sendo um componente do corpo humano, a informação genética deve ser vista como um bem comum, livre, portanto, de patenteamentos. Segundo Diaféria,

(...) este processo [de coisificação e apropriação privada de elementos do corpo humano] provoca a necessidade de se discutir a possibilidade de se proteger a informação genética contida no DNA humano como “um bem de interesse difuso”. (2000, p. 167)

A posição a ser tomada na questão do patenteamento, no entanto, é fortemente influenciada pelo sistema econômico no qual estamos inseridos. Segundo Garcia e Chamas,

(...) os conhecimentos sobre a genética humana e animal podem ser explorados economicamente por empresas? A tendência internacional é que prevaleçam as razões econômicas. Acreditamos que em breve as legislações de propriedade industrial dos países em desenvolvimento estarão adaptadas aos novos tempos e à globalização dos mercados, de acordo com a lógica neoliberal. (1996, p. 5)

Enfim, ao mesmo tempo em que os conhecimentos genéticos abrem um horizonte de possibilidades para suas aplicações, também surge uma série de questionamentos envolvidos na aplicação dessas tecnologias. No entanto, vale ressaltar que esses questionamentos, em geral, não são fruto das tecnologias genéticas em si, mas da aplicação dessas tecnologias no contexto social em que se encontram. Mais especificamente, esses questionamentos estão apoiados, em primeiro lugar, no sistema econômico dominante atualmente. Prova disso é que, mudando-se as bases desse sistema, muitas questões relacionadas à aplicação das tecnologias de engenharia genética poderiam ser finalizadas.

Quando há uma preocupação relacionada à criação de “bancos populacionais de DNA” há a possível discriminação de pessoas portadoras de determinados genes na busca por emprego, por exemplo. Na verdade isso não seria uma consequência dos bancos em si, mas sim do fato de a preocupação primordial das empresas, principalmente privadas, ser o lucro; é a partir disso que há a necessidade de se evitar a ausência de empregados, neste caso, em virtude de problemas de saúde. Se não fosse assim, os “bancos populacionais de DNA” poderiam se concretizar sem que houvesse esse tipo de preocupação. E mais, estando em um contexto no qual o trabalhador é valorizado, as informações contidas nos bancos poderiam, inclusive, contribuir para que ele não exercesse uma função potencialmente agravadora do seu quadro de saúde. Por exemplo, uma mulher que possuísse os genes BRCA1 ou BRCA2, que mostram predisposição ao desenvolvimento de câncer de mama, deveria ser alertada para que evitasse o exercício de funções que envolvessem exposição à radioatividade, que é outro fator ligado à incidência dessa doença.

O mesmo raciocínio vale para a questão das possíveis desigualdades na acessibilidade de diferentes grupos sociais às tecnologias de engenharia genética. Em um sistema no qual o Estado garantisse para toda a população o igual acesso a este tipo de serviço, esta questão estaria resolvida. Como isso não é o que acontece atualmente, quando os serviços aos quais cada grupo social tem acesso estão vinculados ao seu poder econômico, essa questão deve ser levada em consideração; no entanto, sem deixar de lado o fato de que ela é, em primeiro lugar, causada pelo sistema econômico dominante.

Pode-se dizer que o Projeto Genoma Humano já faz com que surja um debate acerca das possíveis aplicações dos resultados das pesquisas realizadas. Obviamente, os *designer babies* são uma dessas possíveis aplicações que devem ser discutidas, e isso é o que será feito nos capítulos a seguir.

ÉTICA, BIOÉTICA E GENÉTICA

Com o desenvolvimento da engenharia genética, faz-se necessária uma reflexão acerca das suas possíveis implicações éticas, e, com isso, se deu o surgimento da bioética, que seria, então, a ética aplicada à biologia. A bioética tem como objetivo avaliar questões de caráter ético envolvidas em procedimentos relacionados às ciências médicas e biológicas. Essa disciplina, apesar de relativamente recente, vem ganhando importância conforme avançam os estudos sobre genética.

A bioética passou a constituir uma nova disciplina nos Estados Unidos e também se tornou um grande tema de debates tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, no bojo dos movimentos STS (Ciência, Tecnologia e Sociedade), STPP (Ciência, Tecnologia e Políticas Públicas) e MCR (Movimento Científico Radical). No final da década de 1970 e nos anos 1980, consolidou-se como um tema de discussão obrigatório e politizador nos círculos acadêmicos norte-americanos e europeus. (FERREIRA, 1995, p. 115)

Apesar de a bioética estar fortemente relacionada à ideia de manipulação genética, ela também diz respeito a temas fora do âmbito da engenharia genética, referindo-se, por exemplo, a questões envolvidas no aborto e em pesquisas com células tronco; ou, ainda, a temas que dizem respeito à aplicação das ciências biológicas em animais e vegetais, como no caso de experiências com animais de laboratório e da produção de vegetais transgênicos. Como afirma Ferreira,

(...) na década de 1990, o debate ético nas áreas das ciências biológicas é essencialmente dirigido para as manipulações genéticas, embora a bioética trate amplamente dos direitos reprodutivos (concepção, contracepção, aborto, infertilidade, novas tecnologias reprodutivas NTR-c e demais biotecnologias do setor de reprodução humana), saúde mental, eutanásia, doentes terminais e sexualidade. (1995, p. 115-116)

Entre as questões éticas envolvidas na temática dos *designer babies*, merece destaque a possibilidade de “padronização” das características humanas, pois, na presente sociedade, algumas características são mais valorizadas do que outras, e o acesso à tecnologia dos *designer babies*



permitiria aos pais optar por ter filhos que apresentassem essas características, em detrimento das menos valorizadas. Assim, este processo, reflexo do menosprezo às diferenças étnicas, é, em potencial, capaz de suprimi-las. No entanto, é possível afirmar que é bastante improvável ser possível verificar esse processo na prática. Isso porque, tendo como parâmetros as características do atual contexto social, conclui-se que nem todos os indivíduos teriam acesso aos serviços de engenharia genética. Este fato – a desigualdade no acesso a estes serviços – fomenta o surgimento de outra questão ética, que diz respeito ao possível aparecimento de uma “elite” geneticamente modificada, em oposição aos indivíduos cujo código genético foi definido ao acaso.

Para que se possa apresentar uma solução “socialmente saudável” para essas questões deve-se, em primeiro lugar, reconhecer as diferenças entre ética e moral. Filosoficamente, a ética é diferente da moral por buscar por valores universais, enquanto os valores apresentados pela moral variam de acordo com o contexto social no qual estão inseridos. Na definição de valores morais deve ser destacada a participação dos valores culturais, tabus e dogmas religiosos de uma cultura específica. No entanto, o que se tem como ético deve ser definido a partir da racionalidade humana.

Devemos buscar uma ética que se harmonize com o grau de desenvolvimento da sociedade (...). A partir dessa concepção e considerando o vertiginoso progresso científico da biologia, é inegável e urgente a elaboração de uma bioética que reflita ao máximo o respeito às diversidades genética e cultural dos povos e que se pautem pela construção de relações de mutualidade entre o *Homo sapiens* e o restante da natureza. (FERREIRA, 1995, p. 119)

A bióloga canadense Dorothy Wertz propôs, em 1993, o estabelecimento de um Código Internacional de Ética para a Genética Médica que estaria de acordo com as ideias expressadas acima. A aplicação de um código deste tipo seria positiva principalmente no sentido de oferecer à população maior confiança em relação ao desenvolvimento de tecnologias genéticas e de oferecer ao Estado a base necessária para a construção de legislação acerca das questões envolvidas no processo de desenvolvimento e aplicação da engenharia genética. Como mencionado por Brito Filho (2000, p. 89), a realização desse plano seria benéfica porque

- reduziria o receio do público com relação aos avanços da genética;
- tornaria a genética mais responsável perante o público;
- protegeria pacientes presentes e futuros;
- preveniria a adoção de leis restritivas;
- transmitiria a experiência moral para as gerações futuras;
- melhoraria a imagem da profissão;
- melhoraria o clima para a pesquisa, do ponto de vista moral.
- seria importante que o código fosse também flexível, para contemplar os avanços da pesquisa;
- influenciaria as políticas públicas;
- promoveria a cooperação internacional.

O código elaborado pela Dra. Wertz se baseia em oito questões éticas, que abrangem desde a igualdade no acesso aos serviços de genética, até questões relativas à confidencialidade das informações genéticas e a defesa do livre-arbítrio quanto à adoção de tecnologias genéticas. Ela também destaca que a genética deve ter como finalidade a prevenção ou tratamento de distúrbios de causas sabidamente genéticas, e não a tentativa de “melhoria” de características que estão no padrão da normalidade humana. Além disso, as intervenções genéticas devem ser realizadas de modo a evitar qualquer tipo de discriminação e garantindo o respeito à diversidade. É demonstrada, ainda, uma preocupação quanto à dignidade do paciente portador do distúrbio. As oito questões são enumeradas por Brito Filho:

- 1) distribuição equitativa de serviços de genética – deve fazer parte do cuidado pré-natal; no entanto, os cuidados básicos devem preceder opções de alta tecnologia;
- 2) respeito e salvaguarda às escolhas pessoais e parentais – se houver conflito de opiniões na família, a mãe deverá ter o poder final de decisão;
- 3) confidencialidade quando outros membros da família são de alto risco – a confidencialidade é um dos deveres básicos da medicina, porém em genética, o paciente é a família, com uma herança genética compartilhada; há casos em que a confidencialidade individual será quebrada em benefício de terceiros, sobretudo de criança que nascerá;
- 4) proteção da privacidade contra terceiros – aí estão incluídos o governo, a escola, empregadores, seguradores e quaisquer outras pessoas físicas ou jurídicas;

- 5) relato completo de informações clinicamente relevantes para o paciente – a informação completa é o pré-requisito para a livre-escolha;
- 6) diagnóstico pré-natal só deverá ser feito por razões relevantes de saúde do feto ou da mãe;
- 7) a procura por um serviço de genética deve ser voluntária – a instituição deve oferecer, mas não lhe será permitido exigir, testes genéticos; exceção: testes em recém-nascidos, se, e somente se, existir tratamento que possa beneficiá-lo;
- 8) ênfase no aconselhamento não dirigido – o código deve reconhecer tanto o desejo e a dificuldade de que assim o seja quanto a dificuldade de o assim fazer. (2000, p. 90)

Algumas destas questões parecem não estar diretamente relacionadas à modificação genética de seres humanos, como a que diz respeito à confidencialidade dos dados genéticos e a sobre diagnóstico pré-natal. Mas, adotando-se um olhar mais amplo, percebe-se que todas essas questões – tanto as que estão diretamente envolvidas nesse processo de modificação genética quanto as que não estão – devem ser contempladas num mesmo código, que dispõe sobre a ética na genética. Então, para que se possa expor satisfatoriamente esse código, é indispensável que sejam mencionadas questões envolvidas na genética humana como um todo. É necessário perceber que a temática dos *designer babies* está contida na genética, não sendo possível, assim, falar isoladamente de *designer babies*, sem fazer referência ao amplo campo da genética e a demais questões nele contidas.

Desse modo, vale mencionar, inclusive, as “Diretrizes internacionais propostas sobre questões éticas em genética médica”. O documento, aprovado em 1998 pela Organização Mundial de Saúde, estabelece diretrizes norteadas por quatro princípios básicos: justiça, autonomia, não maleficência e beneficência. As recomendações da OMS que regem as diretrizes, listadas por Brito Filho, são:

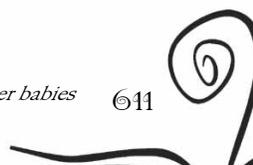
- 1) distribuição justa de recursos públicos para aqueles que mais necessitem deles (justiça);
- 2) liberdade de escolha em todos os assuntos pertinentes à genética; a mulher deve ter importância determinante na tomada de decisão em assuntos de reprodução (autonomia);

- 3) procura necessariamente voluntária de serviços, inclusive para teste e tratamento; não devendo haver coerção pelo governo, pela sociedade ou pelo médico (autonomia);
- 4) respeito à diversidade humana e àqueles cujas visões estão em minoria (autonomia, não maleficência);
- 5) respeito à inteligência básica da pessoa, independente do seu conhecimento (autonomia);
- 6) educação sobre genética para profissionais de saúde médicos e outros, professores, clero e outras pessoas que são fonte de informação religiosa e para o público em geral (beneficência);
- 7) cooperação estreita com o paciente e organizações de pais, se tais organizações existirem (autonomia);
- 8) prevenção de discriminação injusta ou favoritismo em emprego, seguro ou instrução baseada em informação genética (não maleficência);
- 9) trabalho em equipe com outros profissionais, formando uma rede de referência; quando possível, os indivíduos a serem ajudados e as famílias devem ser informados dos membros da equipe (beneficência, autonomia);
- 10) uso de uma linguagem não discriminatória que respeite o indivíduo enquanto pessoa (autonomia);
- 11) provisão oportuna de serviços indicados ou tratamento de acompanhamento (não maleficência, beneficência);
- 12) abstenção de testes ou procedimentos não indicados do ponto de vista médico (não maleficência);
- 13) controle contínuo de qualidade de serviços, inclusive de procedimentos de laboratório (não maleficência). (2000, p. 91-92)

Deve ser elaborado um código genético ético-legal capaz de assegurar que estas diretrizes serão seguidas durante o desenvolvimento de qualquer procedimento no âmbito da genética. É importante ressaltar que essa legislação não deve permanecer estagnada ao longo dos anos; quando necessário, pode e deve ser mudada para adaptar-se aos avanços das pesquisas e também ao debate político em torno dessas questões.

OPINIÃO PÚBLICA SOBRE DESIGNER BABIES

A geração de *designer babies* é uma possibilidade que afetaria toda a sociedade, inclusive aqueles que não fossem adeptos à nova tecnologia.



Por isso, é importante levar em consideração as opiniões manifestadas pela população quando se toma uma decisão sobre o assunto.

É possível observar que as pessoas, em geral, costumam possuir opiniões próprias acerca deste tema, ainda que não possuam conhecimento aprofundado sobre o assunto, proveniente de outras formas que não o que está difundido na cultura de massa. Como a massa não possui domínio técnico-científico sobre o assunto, frequentemente faz-se a suposição de que suas opiniões não estão bem fundamentadas, no que tange à discussão com base em argumentos científicos. No entanto, pesquisas já demonstraram que a população em geral é capaz de discutir temas científicos mesmo sem os conhecimentos específicos.

Houve muita pesquisa sobre o entendimento público sobre genética na última década. Às vezes, sugere-se que o entendimento público sobre a nova genética é pobre, apesar de já ter sido demonstrado que o público pode abraçar visões éticas e sociais complexas sobre o assunto sem necessariamente possuir informações completas ou acuradas, e são capazes de conduzir discussões sofisticadas em torno de genética. (IREDALE et al., 2006, p. 207; nossa tradução)

Já foram realizados alguns estudos sobre opinião popular em relação aos usos da engenharia genética em seres humanos. Um deles foi uma espécie de júri popular realizado no País de Gales, que contou com a participação de 14 jovens com idade entre 16 e 19 anos. Essa faixa etária foi escolhida porque os pesquisadores entenderam que esses indivíduos, por serem a próxima geração de pais, são mais afetados pelas possibilidades oferecidas com as tecnologias de manipulação genética.

Este estudo mostrou que há uma aceitação maior do uso da tecnologia dos *designer babies* com fins relacionados à promoção da saúde aos indivíduos. Entre os resultados observados, Iredale et al. mencionam que:

A aceitação de *designer babies* depende especificamente da finalidade; foi entendido pelos participantes ser aceitável para prevenir condições hereditárias e para gerar uma criança para salvar um irmão, mas não foi recomendado para seleção de sexo. (2006, p. 1; nossa tradução)

A partir do mesmo estudo, ainda foram sistematizadas as principais expectativas e receios dos participantes em relação ao uso dessas tecnologias, apresentados no quadro 2.

Quadro 1 – Algumas empresas envolvidas no Projeto Genoma Humano: empresas farmacêuticas e firmas de biotecnologia que estão explorando o genoma humano

Esperanças	Medos
Em um futuro ideal, eu espero que a tecnologia dos designer babies permita às pessoas:	Se as coisas derem errado, o seguinte pode acontecer:
Serem capazes de ter filhos, se forem desejados	Pessoas gerariam <i>designer babies</i> por razões pessoais, não para evitar doenças ou sofrimento
Tornar as escolhas reprodutivas informadas, livre de pressões externas	Eugenia pode vir a dominar a política
Ter direitos e oportunidades iguais, independentemente de prejuízos pessoais	No caso da falha de <i>saviour siblings</i> , eles poderiam ser rejeitados
Evitar o sofrimento de crianças com condições hereditárias	Dano acidental pode ser causado aos bebês modificados
Viver mais e melhor	Pode haver desequilíbrios entre os sexos
Famílias permaneceriam juntas por mais tempo se as tensões causadas por sérias condições hereditárias pudessem ser evitadas	Surgiria uma obsessão com a perfeição
Ter conhecimento sobre a saúde da criança antes do nascimento, e se preparar	As pressões sociais para a modificação genética aumentariam
Ter acesso à tecnologia de <i>designer baby</i> quando apropriado, independentemente do custo ou local de moradia	Poderia haver preconceito e discriminação contra os não modificados geneticamente

Fonte: Iredale et al., 2006.

Neste estudo, foram determinados “estágios” de acordo com os principais tipos possíveis de aplicação das tecnologias: para prevenir doenças hereditárias; para salvar a vida de uma criança doente (no caso dos *saviour siblings*); e para fins não médicos. A maioria dos participantes (12 de 14) concordou que futuros pais deveriam poder usufruir dessas tecnologias para evitar a incidência de desordens genéticas nos seus filhos e para viabilizar a cura de outro já nascido (no caso dos *saviour siblings*). Esta maioria também defendeu que todos deveriam ter este direito, por isso, o serviço deveria estar disponível gratuitamente no National Health Service (NHS), o serviço público de saúde inglês.

Condições hereditárias: esta foi a menos controversa das três aplicações. A maioria do júri defendeu que pais em potencial deveriam ser capazes de optar por fazer uso de técnicas de reprodução assistida para prevenir transmissão de condições hereditárias e sério sofrimento. O júri também apoiou a ideia de que pelo menos uma tentativa deveria ser disponibilizada para todos no NHS, assim como qualquer outro serviço de saúde no Reino Unido. O júri estava dividido sobre se a permissão deveria depender da severidade da condição. Para alguns, era importante evitar que os pais gerassem *designer babies* por razões “frívolas”; para outros, o julgamento dos pais era o fator determinante.

Saviour siblings: A maioria do júri também apoiou o princípio de se gerar *designer babies* com o propósito de curar crianças já existentes em condições médicas sérias. (...) De novo, a maioria percebeu que, como isso é essencialmente, um serviço de saúde, deve ser disponibilizado no NHS. (IREDALE et al., 2006, p. 208; nossa tradução)

Ao mesmo tempo, a maior parte (10 de 14 participantes) se manifestou contra o uso da tecnologia para propósitos não médicos, como no caso da seleção de sexo.

Seleção de sexo: Essa foi a mais controversa das três aplicações. A maioria do júri se opôs à geração de *designer babies* por um razão não médica como a seleção do sexo de uma futura criança (10/14, com 3 ‘Não Sabe’). (IREDALE et al., 2006, p. 208; nossa tradução)

Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado com estudantes do ensino médio no Brasil. Neste estudo, os participantes rece-

beram um curso de 40 horas cujo objetivo era elucidar temas envolvidos nas recentes descobertas da biotecnologia, e depois eles foram questionados sobre suas opiniões sobre o assunto. Verificou-se que a modificação genética com o objetivo de prevenir desordens genéticas foi bem aceita, enquanto a que tem como fim o melhoramento genético humano foi rejeitada por todos os estudantes.

Ambos os estudos revelam que a manipulação genética na geração de *designer babies* é mais bem vista quando seu objetivo está relacionado à condição de saúde do indivíduo – quando visa evitar a incidência de genes ligados à incidência de doenças ou quando se tratam de *saviour siblings*, ou seja, visa o tratamento de um indivíduo doente. Neste caso, há a chamada eugenia negativa. A eugenia positiva se dá quando a modificação genética tem por objetivo determinar ou melhorar as condições humanas que estão dentro do padrão considerado normal – por exemplo, para a determinação de traços físicos ou para a geração de indivíduos com mais capacidade em alguma área. Apesar de os dois tipos de aplicação estarem ligados à eugenia, é possível perceber que há mais opositores à eugenia positiva do que à negativa.

No estudo realizado com estudantes brasileiros, ao contrário do que aconteceu na outra pesquisa, uma parcela significativa dos participantes era religiosa, e, entre os resultados deste estudo, também se pode observar que “motivos religiosos afetam a aceitação da manipulação genética em seres humanos” (GUIMARÃES; CARVALHO; OLIVEIRA, 2010, p. 473). Percebe-se relutância na aceitação dessas tecnologias por parte de grupos religiosos, que justificam este posicionamento com base, obviamente, em argumentos fundamentados em princípios religiosos. Defende-se, por exemplo, que o homem não tem o direito de interferir desta maneira no destino de um mundo criado por um Deus, só esse Deus deve ter esse poder. Há ainda grupos de adeptos da ideologia naturalista que se opõem à manipulação genética, defendendo que o homem não deve interferir no “curso natural” das coisas.

É importante ressaltar que opiniões deste tipo, nos contextos nos quais se desenvolvem, têm valor e devem ser respeitadas. Deve-se considerar a parcela da população que partilha essa visão na tomada de decisões



sobre a aplicação dos *designer babies* – e de qualquer outra tecnologia genética. Vale destacar a importância de se considerar a opinião popular na tomada de decisões em torno deste tema, pois o surgimento, o desenvolvimento e a aplicação da engenharia genética diretamente voltada para seres humanos é um tema que provoca divergências, principalmente por envolver questões multidisciplinares – questões nos âmbitos ético, moral e social. Segundo Schramm,

(...) existem várias objeções possíveis, desde aquelas de cunho religioso (por exemplo, a licitude em intervir nos desígnios de um Criador) e naturalista (a licitude em interferir no finalismo intrínseco, ou autopoiese, dos sistemas vivos), até aquelas, de tipo prudencial, sobre as consequências imponderáveis, em longo prazo, resultantes desse tipo de intervenções. (1997, p. 1)

No entanto, no caso de as opiniões defendidas não possuírem base científica, não devem ter o poder de interferir nas decisões do meio científico. Então, o mais justo que pode ser feito – como uma tentativa de não sobrepor as convicções da ciência às crenças de cada um, e vice-versa – é a adoção de uma política que defenda a livre-escolha do indivíduo acerca da utilização das tecnologias que foram “aprovadas” no meio científico. Assim, para que estas tecnologias se fizessem presentes, elas, de fato, deveriam passar pelo “filtro” tanto da ciência quanto da crença. Um ponto importante a destacar é que, na prática, para que haja a possibilidade de livre-escolha, o serviço deve estar disponível para toda a população. Isso só pode ser garantido se ele for oferecido no sistema público de saúde; assim, o acesso a ele não estará vinculado ao poder aquisitivo dos indivíduos. Também vale ressaltar que o “filtro” da ciência não deve se limitar a questões em torno da eficácia e segurança das tecnologias: deve envolver também discussões a respeito de aspectos éticos sobre as tecnologias em questão.

EUGENÉTICA – O ENCONTRO DE EUGENIA E GENÉTICA

As teorias eugênicas começaram a se desenvolver no século XIX, com os estudos de Francis Galton, primo de Charles Darwin. Galton, apli-

cando a teoria da evolução darwiniana aos seres humanos, partiu do pressuposto de que existem homens mais e menos desenvolvidos. Os ideais eugênicos tiveram grande repercussão, principalmente na primeira metade do século XX – no Brasil, a Sociedade Brasileira de Eugenia foi criada em 1918 –, e novas leis fundamentadas nestes ideais estavam surgindo em muitos países, sendo realizadas conferências internacionais de eugenia.

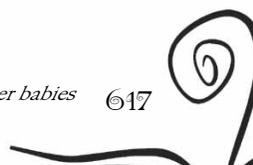
Atualmente, fala-se na emergência da eugenética, uma eugenia baseada na manipulação do código genético, e no possível surgimento de uma elite social composta pelos que sofreram seleção genética antes do nascimento como consequência social do nascimento de *designer babies*. Segundo Schramm,

(...) eugenia é um termo genérico do século XIX, que indica a ciência que estuda as condições mais propícias à reprodução e melhoria da espécie humana; eugenética representa a forma contemporânea da eugenia, uma tecnociência nascida, nos anos 1970, do encontro entre genética, biologia molecular e engenharia genética. (1997, p. 1)

A eugenética consiste no estímulo à incidência de determinados genes, responsáveis por características consideradas favoráveis ao desenvolvimento humano, em um padrão de ser humano desenvolvido que, de acordo com os ideais eugênicos, deve aplicar-se a qualquer pessoa, apesar de este padrão provavelmente se inspirar em uma cultura específica.

Como já foi dito, o processo de alteração do genoma humano pode ter como finalidade não apenas a prevenção de determinadas doenças de origem genética, mas também a possibilidade de determinar características específicas para os seres humanos. Essa diferença nos objetivos da modificação do genoma de um embrião faz que se estabeleça, então, uma distinção entre dois tipos de eugenética: a eugenética positiva e a eugenética negativa. Com essa distinção, está posto, além do debate acerca da emergência da eugenética, outro que trata da diferença entre dois tipos de eugenética. Isso abre a possibilidade de divergências, também, quanto à aceitação dos dois.

A eugenética positiva está presente quando os objetivos da modificação genética são os de determinar características responsáveis por aprimorar qualidades humanas ou, ainda, satisfazer o desejo dos pais de ter



um filho que apresente determinadas características, por exemplo, pais surdos que desejam que o filho também seja surdo.⁴ Esta noção está relacionada com o aprimoramento das características humanas. Já a eugénica negativa agiria pela eliminação ou modificação de genes relacionados ao desenvolvimento de determinadas doenças, no sentido de garantir ao indivíduo “todas as condições para que ele tenha uma vida em que poderá competir com outros em condições de igualdade” (SCOFIELD, 2010, p. 1).

Já a noção de eugénica negativa se relaciona a práticas de modificação genética com o objetivo de evitar a incidência de doenças de origem genética. Esse tipo de modificação genética é aceito mais facilmente pela sociedade, ainda que também provoque divergências. A criação de *designer babies* é, afinal, um tema polêmico.

Sendo assim, é necessário conduzir uma discussão social a respeito da possível relação entre a criação de *designer babies* e a emergência de um novo tipo de eugenia – a eugénica – e as suas variações positiva e negativa.

CONCLUSÃO

Como já foi dito, a manipulação do código genético humano, ou a criação de *designer babies*, suscita uma série de questões nos âmbitos ético, moral e social. Neste ponto, é importante ressaltar que grande parte destas questões não têm suas causas no processo de manipulação genética em si mesmo. Muitas delas são questões cujas raízes se encontram no contexto social no qual as manipulações possivelmente acontecerão.

As questões inerentes à manipulação genética de seres humanos dizem respeito principalmente à segurança das técnicas, pois, sendo esta uma área relativamente recente, ainda não estão determinados os seus efeitos a longo prazo. Ainda assim, pode-se dizer que mesmo questões deste tipo não são exclusividade da manipulação genética. Elas estiveram e provavelmente vão estar presentes sempre que se trata da aplicação de novas tecnologias, principalmente na área médica. É claro que não é

⁴ “Em 2002, as lésbicas norte-americanas Candance McCullough e Sharon Duchesneau, ambas surdas de nascença, provocaram polêmica ao querer gerar um filho também surdo.” (TIRABOSCHI, 2009, p. 3)

por isso que elas devem ser menosprezadas. Até porque, apesar de já se ter visto questões do tipo no passado, a genética constitui uma área bem recente e modificações genéticas podem trazer resultados inesperados e indesejados. Então, questões relativas à segurança devem ser consideradas. Deve-se assumir que o ser humano submetido à manipulação genética corre um risco, e isto deve ser levado em conta principalmente para se determinar em que casos vale a pena correr esse risco.

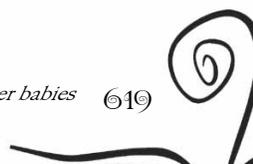
Com base no que foi apresentado neste trabalho, é possível destacar, em primeiro lugar, a importância de se considerarem as diferentes visões em torno do tema dos *designer babies*. Na tomada de decisões e na elaboração de legislação referente ao tema, deve ser feito o máximo esforço no sentido de equilibrar as posições divergentes. Isso não diz respeito, necessariamente, a adotar sempre o “meio-termo” entre os extremos – até porque nem sempre é possível e, quando é, não quer dizer que o meio-termo seja a melhor escolha. O que deve ser feito é uma ponderação entre os diferentes argumentos, de modo a se buscar uma “solução sensata”. Essa solução deve considerar os aspectos éticos, como aqueles mencionados no terceiro capítulo, fundamentar-se em argumentos científicos, mas mantendo o respeito às crenças individuais, e visar ao bem-estar de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO FILHO, Mário Toscano de. Questões científicas para a reflexão ética. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (org.). *Limites: a ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 81-99.

CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (org.). *Limites: a ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

_____; _____. ROCHA, Marcos. Genoma humano: limites ao acesso e uso de gentes. In: _____. _____. (org.). *Limites: a ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 21-30.



DIAFÉRIA, Adriana. Princípios estruturadores do direito à proteção do patrimônio genético humano e as informações genéticas contidas no genoma humano como bens de interesses difusos. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (org.). *Limites: a ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 167-184.

FERREIRA, Maria de Fátima Oliveira. *Engenharia genética: o sétimo dia da criação*. Ilustrações de Marcio Perassolo. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1995.

GARCIA, Eloi; CHAMAS, Claudia. Genética molecular: avanços e problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 103-107, jan.-mar. 1996.

GUIMARAES, Márcio Andrei; CARVALHO, Washington Luiz Pacheco de; OLIVEIRA, Mônica Santos. Raciocínio moral na tomada de decisões em relação a questões sociocientíficas: o exemplo do melhoramento genético humano. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 16, n. 2, p. 465-477, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132010000200013&script=sci_arttext. Acesso em: nov. 2010.

IREDALE, Rachel et al. What Choices Should We Be Able to Make About Designer Babies? A Citizens' Jury of Young People in South Wales. *Health Expectations*, Reino Unido, v. 9, n. 3, p. 207-217, Sept. 2006.

MAI, Lilian Denise; ANGERAMI, Emília Luigi S. Eugenia negativa e positiva: significados e contradições. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 251-258, mar.-abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a15.pdf>. Acesso em: 20 out. 2009.

MAFTUM, Mariluci Alves; MAZZA, Verônica Mello de Azevedo; CORREIA, Marilene Mangini. A biotecnologia e os impactos bioéticos na saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 116-122, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/792/895>. Acesso em: 9 mar. 2012.

MATTE, Ursula. Histórico de fatos relevantes em genética 1859-1999. Porto Alegre, 1999. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE BIOÉTICA. Página com informações sobre bioética. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/crogen.htm>. Acesso em: nov. 2010.

NATIONAL HUMAN GENOME RESEARCH INSTITUTE (NHGRI). *An Overview of the Human Genome Project: What Was the Human Genome*

Project? Bethesda: NHGRI, 2009. Disponível em: <http://www.genome.gov/12011238>. Acesso em: 3 jun. 2010.

SCHRAMM, Fermin Roland. Eugenia, eugénica e o espectro do eugenismo: considerações atuais sobre biotecnociência e bioética. *Bioética*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 203-220, 1997. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/384/484. Acesso em: 3 jun. de 2010.

SCOFIELD, Gilberto. Geneticista Mayana Zatz defende mais ousadia nos estudos com células-tronco e revela avanços da área. *O Globo*, Rio de Janeiro, 22 maio 2010. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/ciencia/mat/2010/05/22/geneticista-mayana-zatz-defende-mais-ousadia-nos-estudos-com-celulas-tronco-revela-avancos-da-area-916657794.asp>. Acesso em: 3 jun. 2010.

TIRABOSCHI, Juliana. Crianças sob medida. *Galileu*, São Paulo, n. 211, p. 40-49, fev. 2009.

UNITED STATES DEPARTMENT OF ENERGY GENOME PROGRAMS. *Human Genome Project Information*. Washington, 2011. Disponível em: http://ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/home.shtml. Acesso em: 22 set. 2010.

MEDICINA PARA O SUS? QUAL MEDICINA? UM ESTUDO SOBRE AS BASES EPISTEMOLÓGICAS E POLÍTICAS DA BIOMEDICINA E SUA RELAÇÃO COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

Victor Senna Diniz¹

INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, a racionalidade científica se desenvolveu como um alicerce epistemológico e metodológico para o pesquisador – como uma estrutura de pensamento, explicação e concepção do mundo natural. Percebemos, todavia, que as transições histórico-sociais estão diretamente associadas às novas articulações da racionalidade, conformando-se de acordo com as demandas das sociedades em que a mesma está inserida. Dessa forma, o conhecimento científico é mutável, se adequando aos desejos e interesses dos pesquisadores, às técnicas apreendidas e conhecimentos previamente concebidos.

Assim, a racionalidade científica não se mantém estática, apesar de apresentar sempre características em comum – traços estruturais e fundamentais. “A ciência vem sendo gestada ao longo dos séculos, conformando a modernidade, dela sendo a semente e o fruto” (LUZ, 1988, p. 15), visando sempre seu “progresso” e o que é considerado “positivo” para o conhecimento científico.

Entretanto, essa concepção da ciência não é a difundida pelo senso comum, ao contrário, trata-se de um campo cujo conhecimento produzido é amplamente aceito na sociedade. Sua “neutralidade” e sua “objetividade” aparentes atribuem um caráter único à ciência – que apenas ela descreve o real tal como ele é. Há uma valorização tamanha desta, que

¹ Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Análises Clínicas (2007-2009). Atualmente cursa Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Gustavo Corrêa Matta (doutor em Saúde Coletiva), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: victorsenna.d@gmail.com.

quando um determinado conhecimento é “cientificamente comprovado”, este quase transcende o plano do real – passa a ser reconhecido por muitos como um saber dogmático.

Neste sentido, a medicina moderna, por ser um campo científico pertencente a essa racionalidade, possui um grau de aceitação social amplo, com suas práticas identificadas muitas vezes como dogmáticas. E dentre essas práticas, está a de se examinar os pacientes como potenciais portadores de lesões teciduais (analisada sob uma ótica fragmentada), assimilando informações acerca de um quadro de doenças catalogadas com os dados coletados por meio dos exames dos mesmos. Com o diagnóstico definido a partir dos indícios obtidos, a prática terapêutica se dá principalmente por meio de medicamentos e cirurgias (CAMARGO JUNIOR, 1997).

Entretanto, analisando os traços constituintes da biomedicina, principalmente quando confrontados com a prática médica, em relação ao que está definido na Constituição de 1988 acerca das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), nota-se um distanciamento, ou até mesmo uma inversão, de ideais.

O texto constitucional afirma que a população, em sua totalidade, deve possuir acesso “ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Entretanto, as práticas e saberes biomédicos, que serão analisados com maior profundidade, apontam para uma preferência dos serviços assistenciais frente às atividades preventivas.

Além disso, a própria definição de um indivíduo saudável defendida no Sistema Único de Saúde difere do defendido nas práticas biomédicas. Em oposição à compreensão de tal conceito para a biomedicina, definida como ausência de lesões teciduais ou disfunções orgânicas, encontra-se a definição de saúde concebida de maneira mais ampla e complexa. De acordo com o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das forças de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

Pode-se notar um possível confronto de diferentes perspectivas da própria definição de saúde e de valores. Se, por um lado, a biomedicina afirma que um indivíduo é saudável quando não possui enfermidades ou lesões teciduais, por outro, a Conferência Nacional de Saúde, cujo produto constituiu a base para estruturação da Constituição, define saúde de maneira mais ampla, identificando-a como o bom funcionamento do cidadão como um todo. Além disso, a principal razão médica utilizada no SUS valoriza os serviços assistencialistas frente aos preventivos e a Constituição preconiza a prioridade para as ações preventivas, concebendo o processo saúde/doença de forma ampliada e integral. Nota-se um confronto entre os pressupostos biomédicos e o princípio da integralidade.

Frente ao quadro apresentado, pode a medicina moderna atender aos princípios e diretrizes estruturais do Sistema Único de Saúde? Quais as aproximações e oposições entre a biomedicina e a atenção integral proposta na Constituição? Como organizar um modelo de atenção à saúde universal e integral com base somente nos saberes e práticas da biomedicina? Essas são algumas indagações que nortearão o trabalho em questão.

A BIOMEDICINA

A racionalidade científica moderna

A racionalidade científica moderna, muito embora tenha se constituído com maior expressão nos séculos XVIII e XIX, tem seu início com o Renascimento, no século XVI. Esta surge dentro de um processo histórico de buscas do homem por transformações e explicações do mundo natural, fundamentada em uma lógica racional, desdobrando os conhecimentos em ciências novas cada vez mais específicas.

Com o decorrer dos séculos, a racionalidade científica tem-se conformado para o pesquisador como uma estrutura de pensamento e explicação do mundo. Porém, esta pode ser transformada e adaptada. Tais transformações são fruto das demandas das diversas sociedades e desejos dos pesquisadores, que por meio da avaliação do objeto de pesquisa, tecnologias e conhecimentos prévios, desenvolvem um método que tem como objetivo justificar e quantificar determinados fenômenos. Agregado a isso,



atribui-se essas mudanças aos diversos sistemas socioculturais em que a ciência esteve inserida no processo histórico. Dessa forma, a racionalidade científica não se mantém estática, apesar de apresentar sempre características em comum – traços estruturais e fundamentais.

Assim, torna-se importante grifar que a ciência se desenvolveu a partir de tensões, sejam elas intelectuais, políticas, econômicas ou sociais, e permanece em contínua mutação (embora retendo seus traços fundamentais, que serão apresentados mais adiante). Tais tensões estão intrínsecas à racionalidade científica, sem as quais não haveria o desenvolvimento do conhecimento científico (LUZ, 1988).

A racionalidade científica e seus métodos de produção de “verdades” se constroem e se fundamentam em uma característica dualista, portanto, tendem a reproduzir nas suas teorias dualidades e dicotomias. Esse reducionismo, tendo como campo de possibilidades apenas duas opções (polos), é uma característica metodológica, teórica e epistemológica da racionalidade científica, que muitas vezes – para alguns pensadores – torna-se limitadora à própria prática do pensar (LUZ, 1988).

Além disso, a racionalidade científica moderna é organicista e fundamentada em linhas de raciocínio estritamente lógicas e, quando possível, matematizadas. Ao longo dos séculos, há uma tentativa de transcender essa razão para as diversas áreas do conhecimento humano, tornando-as passíveis de estudo (LUZ, 1988).

Deve-se observar, entretanto, que a ciência moderna não é somente uma forma de compreender ou decifrar o mundo. Trata-se, primordialmente, de uma maneira de organizar o mundo. A decifração do mundo natural é ambicionada, porém, apresentar as ordens de sentidos dos elementos naturais torna-se primordial quando praticado o método de produção de conhecimento científico. A prática sistemática de um conjunto de ações e observações, que constituem o método, muitas vezes, apresenta-se como mais fundamental que a própria veracidade do fenômeno analisado. Para Luz, “trata-se de um regime específico de produção de enunciados de verdade, no qual as regras da produção são mais importantes, em última instância, que sua ‘veracidade’ enquanto tal” (1988, p. 29).

Acredita-se que o método científico descrito por Descartes seja o caminho para a construção do conhecimento científico. Assim, a racionalidade científica moderna, aliada ao método, se conforma como alicerce metodológico para os campos de conhecimento científico que conhecemos, tais como a engenharia, a física clássica e a medicina.

Este último, objeto de estudo do trabalho em questão, quando fundamentada no campo científico da biologia é classificada como biomedicina. O capítulo, até então apresentado, teve e tem como objetivo demonstrar as bases epistemológicas (nosologia) que regem essa racionalidade médica.

As ciências se constituem a partir de pressupostos implícitos da racionalidade científica moderna, levando ao desenvolvimento de características semelhantes entre as ciências que conhecemos. Desta forma, a biomedicina apresenta bases cognitivas semelhantes às apresentadas na física, com um “imaginário científico” atrelado aos ideais constituintes da mecânica clássica. Isto é, caminha no sentido de isolar componentes, reintegrando posteriormente em seus “mecanismos” originais: o todo é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser arremetidas ao desconhecimento de uma ou mais “peças” (CAMARGO JUNIOR, 1997).

Camargo Junior (1993) resume a razão que rege a biomedicina em três proposições: a) leis e modelos – a biomedicina dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis – caráter generalizante; b) mecanismos causais – há uma tendência à naturalização das máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos – caráter mecanicista; e c) fragmentação em componentes elementares – a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes – caráter analítico.

E para melhor compreensão da cosmologia implícita à racionalidade biomédica, serão analisados os processos históricos acerca da cognição e práticas médicas no capítulo seguinte. Além disso, serão expostas as características da biomedicina e como tal racionalidade médica se articula atualmente.

Histórico da biomedicina

A biomedicina,² principal racionalidade médica nas sociedades Ocidentais e no Sistema Único de Saúde, é fundamentada nos princípios da racionalidade científica, com seu meio de produção de verdades e concepção de mundo muito semelhante ao explicitado acerca da razão científica moderna. Entretanto, a medicina ocidental contemporânea passou por diversas transformações até se conformar como a biomedicina que conhecemos atualmente. E para melhor entendimento do que seria a racionalidade médica em questão, será apresentado um histórico das tensões e relações cognitivas que se desdobraram ao longo dos séculos que ocasionaram em sua metamorfose.

O deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, supõe uma passagem histórica de vários séculos, que se inicia no Renascimento, do final do século XV ao início do século XVI.

O corpo humano passa a ser analisado morfológicamente como uma grande máquina cujas peças se encaixam de maneira ordenada para articular os movimentos e ações dos indivíduos. Com a união da morfologia com o funcionamento do organismo (em termos mecanicistas), essa medicina cada vez mais mecanizada terá dado um grande passo para sua conformação.

A ruptura que inaugura a medicina moderna é o recorte de um novo domínio, é a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço da representação, ideal, taxonômico, superficial para um espaço objetivo, real, profundo (MACHADO, 1981). Ou seja, a passagem de um espaço de configuração da doença como essência para um espaço de localização da doença – espaço corpóreo individualizado. O que se transformou foi o modo da existência do discurso médico no sentido em que este não se refere mais às mesmas coisas, nem utiliza a mesma linguagem.

Foucault analisa a ruptura da medicina clássica dos séculos XVII e XVIII com o nascimento da clínica. A análise do autor define e distingue

² A denominação de tal razão médica é devido à vinculação desta com o conhecimento produzido pelo campo científico da biologia.

em “protoclínica” do século XVIII, “clínica” do final do século XVIII e “anatomoclínica” do século XIX.

Apesar de a protoclínica apresentar uma estrutura conceitual específica, seu estudo não é o passo fundamental da caracterização do tipo de ruptura inaugurado pela medicina moderna. A clínica do século XVIII não representa uma transformação decisiva da experiência médica; ela é, de fato e de direito, contemporânea da medicina classificatória, na medida em que não critica radicalmente seus princípios (MACHADO, 1981). Isso ocorre porque neste período a clínica não é produtora de conhecimentos, não tem o objetivo de criar uma nosografia, mas de “reunir e tornar sensível” o espaço nosográfico.

A clínica, entretanto, desempenha um papel diferente da protoclínica do ponto de vista de sua posição no campo do conhecimento e da prática médicos.

A clínica torna-se inovadora quando se apresenta com a primeira tentativa de fundamentar o saber com a percepção. A partir dela, o olhar do observador é produtor de conhecimento, não tendo mais a função de ilustrar a teoria ou a ela se adequar – ao mesmo tempo em que se observa, se pesquisa.

No início do século XIX, a concepção acerca da medicina clínica será profundamente modificada com a constituição da anatomoclínica.³ Essa se constitui fundamentalmente a partir da relação que se estabelece entre os métodos da clínica e da anatomia-patológica, caracterizando-se por serem dois olhares de superfície: a clínica, que se propõe a ler os sintomas patológicos, e a anatomia patológica, que estuda as alterações dos tecidos (FOUCAULT, 1982).

A anatomoclínica se propõe a relacionar sintomas e tecidos. Isto é, estabelece uma relação entre os sintomas e as lesões tissulares, ligação entre duas superfícies de níveis diferentes que institui uma terceira dimensão, e conseqüentemente, um volume. Estabelecendo um caminho entre as dimensões heterogêneas dos sintomas e dos tecidos cria um novo espaço de percepção médica: o corpo doente.

³ Como o próprio nome indica, o nascimento da anatomoclínica é o resultado da relação constitutiva da clínica com a anatomia patológica.



Com a anatomoclínica, a doença passa a ser localizada no corpo e a lesão explicaria os sintomas. Para diagnosticar a doença, o olhar médico deve penetrar verticalmente no corpo, em um percurso que se estende da superfície sintomática à superfície tissular – do manifesto ao escondido.

Eis a grande modificação no saber médico produzida pela anatomoclínica: o acesso do olhar ao interior do corpo doente que faz com que a doença deixe de ser uma entidade nosológica para se tornar uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. O espaço da doença é o próprio espaço do organismo. A doença é o próprio corpo tomado doente. (MACHADO, 1981, p. 139)

A anatomoclínica, abandonando inteiramente os postulados da medicina classificatória, assimila completamente o espaço da doença ao espaço do organismo. “A partir de 1816, o olho do médico pode se dirigir a um organismo doente. O *a priori* histórico e concreto do olhar médico moderno completou sua constituição” (FOUCAULT apud MACHADO, 1981, p. 148).

Elementos da racionalidade biomédica

Após a análise da consolidação da racionalidade científica moderna, de como esta se insere na medicina ocidental e de exposição das transformações metodológicas e epistemológicas da medicina moderna, podemos, finalmente, abordar as características da biomedicina.

Essa abordagem será elaborada a partir de um conceito/operador segundo um tipo ideal weberiano⁴ compreendendo cinco dimensões (categorias) específicas: a morfologia humana (anatomia); a dinâmica vital (fisiologia); a doutrina médica (o que é doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura); o sistema diagnóstico; e, por fim,

⁴ Racionalidade Médica segundo um tipo ideal weberiano – Weber fala da construção de um conceito como tipo ideal, ao construir a própria categoria “capitalismo”. Ao invés de constituir-se em estrutura epistemológica construída a priori, como o conceito científico comum, o tipo ideal é construído a partir de traços “ideais”, isto é, traços considerados (pelo pesquisador, em princípio) socialmente básicos e que se manifestam empiricamente em realidades histórico-sociais distintas. Reunindo-se vários desses traços ou características básicas segundo um propósito (teórico, hipotético) de pesquisa, pode-se propor um “modelo” de ações ou relações sociais estruturadas segundo uma racionalidade dada, isto é, um conjunto de significados e sentidos que se pode apreender na análise. A categoria racionalidade médica foi construída de acordo com a epistemologia implícita na lógica dos tipos ideais.

um sistema de intervenção terapêutica. Vale ressaltar que o fundamento do conjunto dessas dimensões reside em uma cosmologia,⁵ ou uma razão. Criado por Madel Luz, tal conceito é denominado Racionalidade Médica e foi idealizado a partir da necessidade da existência de métodos que tenha como fim comparar diferentes conjuntos de práticas médicas.

Apesar de o foco do trabalho não ser a comparação de diferentes conjuntos de práticas e conhecimentos médicos, tais como a homeopatia e a biomedicina, será utilizado este método devido à sua capacidade de expor a razão biomédica de forma mais didática.

Cosmologia

A cosmologia da racionalidade biomédica compreende todo esse imaginário científico apresentado até então: fundamentada nos traços pertencentes à racionalidade científica moderna, tem como percepção do real pressupostos mecanicistas, generalizantes e analistas. E com o nascimento da clínica, a medicina passa a ser concebida como a medicina das lesões e tem como foco as “anomalias” anatomofisiológicas.

Essa concepção constitui o que a racionalidade biomédica concebe como real, possibilitando, assim, estabelecer um conjunto de práticas e produção de conhecimento.

Doutrina médica

A racionalidade biomédica não possui um conjunto de regras e ideais ético-normativos explícito que guie o médico. A atividade profissional e o próprio referencial teórico da medicina não dispõem de um “fio condutor” claramente enunciado. Não há textos ou documentos que explicitem noções e conceitos fundamentais para a medicina, tais como saúde, doença, cura (CAMARGO JUNIOR, 1993).

Há, entretanto, uma doutrina, ou um conjunto de ideias, que regem a biomedicina de maneira implícita, fundamentada parte pela forma consensual de exercício da prática médica e parte pelos conceitos da racio-

⁵ Entende-se por cosmologia nesse trabalho como uma perspectiva de ordenação geral daquilo que existe e das formas de apreender esse “real”.

nalidade científica apresentada. Tais representações são, no seu conjunto, coerentes com a razão mecanicista que sustenta o saber médico, podendo ser identificado com certa clareza nas “entrelinhas” do conhecimento da medicina moderna.

Esse grupo de representações poderia ser resumido em um número bem pequeno de proposições, tais como: “as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, que variam de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta” (CAMARGO JUNIOR, 1993). Tais representações transformam-se numa espécie de “corpo teórico” paracientífico, com um conjunto de categorias próprias.

Morfologia

A partir do século XIX, o processo histórico da medicina se desenvolveu do macro para o microscópio, rearticulando seu campo semântico a cada passo (por exemplo, o conceito de tecido elaborado na anatomoclínica foi modificado após a incorporação da teoria celular, descrevendo seus vários tipos a partir de seus constituintes elementares, e não mais pela categorização macroscópica). As etapas foram: tecidos, órgãos, células, componentes celulares, biologia molecular, respectivamente (CAMARGO JUNIOR, 1997).

Dinâmica vital

Inserida em uma perspectiva mecanicista, racional e empírica, com suas bases atreladas à rigidez do método e ao campo científico da biologia, a dinâmica vital da racionalidade biomédica é concebida como a fisiologia do corpo humano. Em outras palavras, por não se situar em um campo metafísico, a dinâmica vital é compreendida como as funções dos sistemas, estando diretamente relacionada com a morfologia apresentada (CAMARGO JUNIOR, 1993).

Diagnose

O objetivo geral da diagnose é a caracterização de doenças, da forma mais minuciosa possível, detalhando-se todas as lesões presentes e sua evolução, idealmente chegando as suas causas originais.

A operação da diagnose na biomedicina pode ser dividida em dois tipos: anamnese e exame físico. A primeira consiste no recolhimento do histórico do paciente. Trata-se de um roteiro padronizado que abrange alguns dados de identificação e fatores sociodemográficos (idade, profissão etc.), agregando em seguida as queixas do paciente e estabelecimento de uma cronologia e contextualização da possível patologia – a ordem em que os sintomas surgem, sua relação com outros eventos, adoecimentos anteriores e doenças presentes na família (CAMARGO JUNIOR, 1993). Assim, a anamnese se ocupa fundamentalmente com os sintomas do paciente.

O exame físico, por sua vez, é dividido em semiologia “armada” e “desarmada”, possuindo tal classificação devido às técnicas utilizadas por estas – se necessita de aparatos tecnológicos desenvolvidos ou não. A primeira semiologia é tratada como um exame complementar (ao menos em teoria) e sua natureza é extremamente variada e complexa, não possuindo nenhuma especificidade com relação aos outros métodos, além da utilização da alta tecnologia. Devido a sua aparência de ciência “concreta”, a semiologia armada é mais valorizada no meio acadêmico, apesar de ainda depender da interpretação do médico quanto aos resultados. Camargo Junior (1997) aponta para essa questão explicitando que “os exames complementares vêm crescendo gradualmente em importância, ameaçando tornar a semiologia uma arte perdida”. Já o exame físico orienta-se pela anatomia do corpo humano, dividido em algumas regiões (abdome, tórax, cabeça e pescoço etc.) e sistemas (cardiovascular e respiratório). Para cada área há uma técnica a ser elaborada: inspeção, percussão, palpação e ausculta. O exame compreende ainda a verificação de valores numéricos, como a temperatura corporal, a pressão arterial e a frequência do pulso, coletivamente denominados “sinais vitais” (CAMARGO JUNIOR, 1993).

Juntos, os exames físicos e complementares se atêm a caracterização dos sinais da doença, evidenciando as lesões. Essas “evidências” se opõem

a ideia de “normalidade”, sendo identificadas como anomalias (algo que não deveria estar onde está), distorções (alterações nos resultados dos exames), supressões (quando algum evento deixa de ser observado) e variações quantitativas (CAMARGO JUNIOR, 2004). Deve-se ressaltar que essas “evidências” só são possíveis devido a um padrão de “normalidade” estabelecido: o *pano de fundo sobre o qual são contrastadas*.

Sistema de intervenção terapêutica

Não é possível evidenciar princípios gerais de orientação para a intervenção na biomedicina – a terapêutica é definida para cada uma das doenças inventariadas. Embora teoricamente várias técnicas de intervenção devam ser utilizadas, na prática apenas medicamentos e cirurgias são considerados, usualmente, como terapêutica geral. Outras técnicas de intervenção – dietas, exercícios etc. – apesar de descritas nos manuais, não tem o mesmo status teórico que a terapêutica mais “dura” possui (CAMARGO JUNIOR, 1997).

Do ponto de vista dos procedimentos executados, é possível identificar na biomedicina os seguintes grupos de técnicas terapêuticas: medicamentosa, executado através da administração de fármacos; cirúrgica, implicando a manipulação direta das partes do corpo; física, que utiliza procedimentos como exercícios e massagens; e, por fim, a dietética (CAMARGO JUNIOR, 1997).

Quanto a sua resolutividade, a terapêutica poderia ser dividida segundo outra taxonomia: sintomática, produzindo apenas a supressão de sintomas; paliativa, procurando limitar danos e desconfortos; suportiva, dirigida à manutenção das condições gerais do paciente; e, por fim, a etiológica, que removeria a causa original da doença. (CAMARGO JUNIOR, 1997). Essa relação possui ordem inversa de valorização – o objetivo final das técnicas terapêuticas seria sempre remover as causas das doenças e, portanto, as próprias doenças.

A ORGANIZAÇÃO DO SUS E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

Qual deve ser a abrangência da proteção do Estado aos cidadãos? O Estado deve assistir a todas as áreas da saúde ou deve se ater somente a ações coletivas de prevenção? Qual a extensão desses direitos? Quem deve ser o responsável pela saúde dos indivíduos? Mesmo com a consolidação legal das respostas de tais questões, ainda hoje, estas se apresentam de forma intensa no debate político e social, mobilizando interesses políticos e econômicos, que acabam por somar às dificuldades para a concretização do modelo de proteção social atual brasileiro.

A garantia do direito à saúde para todos de forma igualitária e integral se concretizou legalmente muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). E com a consolidação do SUS, viu-se necessária uma reorganização na configuração política de proteção social em saúde, muito mais abrangente que as antecessoras. O texto legal entende um indivíduo saudável de maneira complexa e preconiza a atenção integral a todos os cidadãos. Trata-se de uma proposta generosa e difícil de ser alcançada: um sistema de saúde para todos e de qualidade.

A etapa do presente trabalho tem como objetivo apresentar como se organiza o Sistema Único de Saúde e elucidar o princípio da Integralidade, tema do trabalho em questão. E sendo o SUS um modelo de seguridade social resultante dos processos históricos e epistemológicos, torna-se necessário expor as transformações políticas em saúde nas últimas décadas, a fim de uma melhor compreensão e contextualização.

Com a instauração do golpe militar em 1964, o sistema sanitário brasileiro passa por profundas transformações, experimentando uma expansão de caráter assistencialista a consolidação do complexo médico-empresarial, impulsionado pelas práticas de caráter desenvolvimentista (BAPTISTA, 2007).

No início da década de 1970, o governo militar enfrentava uma grave crise. Os problemas não se restringiam à área da saúde – com o término do “milagre econômico”, o governo adentra em um cenário de

crise política, econômica e institucional. A fim de garantir a manutenção do governo, inicia-se um processo de redefinição de novas estratégias, tais como a instituição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do “movimento sanitário”, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil. (BAPTISTA, 2007, p. 42)

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições fundamentais para debate: a saúde é um direito de todos, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda a população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde (BAPTISTA, 2007).

Além disso, a própria concepção de um indivíduo saudável é visualizada de forma mais abrangente, sendo agora o resultado de outras esferas que até então não eram pressupostas. A saúde passa a ser concebida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional (BAPTISTA, 2007).

Dessa forma, a proposta reformista contemplava também intrinsecamente uma proposta de Estado. Partindo do princípio que todos os cidadãos têm o direito à saúde (entendo saúde como apresentado no parágrafo anterior), era necessária uma mudança na concepção e práticas do

Estado como um todo. Ações como a redistribuição de renda, diminuição da burocratização e a participação popular na construção e controle da nação eram necessárias para a consolidação das propostas da Reforma Sanitária (BAPTISTA, 2007).

Anos mais tarde, já com o início da Nova República, foi organizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que reuniu cerca de 4 mil pessoas nos debates e aprovou a diretriz da universalização do direito à saúde e o controle social efetivo.

A VIII CNS conformou-se principalmente como instrumento de pressão política, ocasionando na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Além disso, seu relatório foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi finalmente aprovado na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988. “O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública – a seguridade social – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência” (BAPTISTA, 2007, p. 47).

O SUS se configurou como peça fundamental no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Seus ideais e bases teóricas (princípios) estão atreladas àquelas difundidas entre os defensores da “Reforma Sanitária”. Suas práticas (diretrizes) à experiência de mais de cinco décadas de modelos (e lutas por modelos) de proteção em saúde. Os princípios ou bases cognitivas são a universalidade, a equidade e a integralidade. As diretrizes são a descentralização, a regionalização e hierarquização e a participação da comunidade, que articulam diretamente com os princípios.

Como o presente trabalho se atém à relação da biomedicina, tanto epistemologicamente quanto em sua prática, com o princípio da integralidade, será definido o que se entende por tal princípio.

O princípio da integralidade

Apesar de o texto constitucional não utilizar a expressão integralidade – ele fala em “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Entre-



tanto, o termo integralidade tem sido suficiente para abordar o significado desse princípio.

Como já apresentado, a consolidação da integralidade como um princípio explícito na Constituição Federal de 1988, assim como os outros, é um marco num processo amplo de lutas políticas travadas ao longo das décadas. Trata-se de uma vitória ideológica de sanitaristas que se engajaram no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições, e às práticas hegemônicas vigentes.

A integralidade surge, assim, como uma proposta de integração das ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária, sustentada pelo argumento de que tanto as ações individuais quanto as coletivas eram necessárias e imprescindíveis para a garantia da saúde da população. Nasce, dessa forma, a ideia de um sistema único e integrado, com a composição de um novo Ministério da Saúde, reunindo suas antigas funções e as ações dos Inamps; articulando entre os diferentes níveis de governo e de atenção. Em outras palavras, com esse princípio, o Estado compromete-se com qualquer tipo de atenção em saúde, do mais simples ao mais complexo (MATTA, 2007).

O princípio em questão, entretanto, não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis (MATTOS, 2001). A integralidade está associada à direção que se deseja seguir, à transformação da realidade, e não a um projeto específico. Consegue-se identificar práticas integrais, entretanto, não se verifica a possibilidade da criação de protocolos para se aplicar de maneira generalizante. Trata-se de um princípio polissêmico, com sentidos distintos (apesar de correlatos), sem dizer de maneira definitiva como a realidade deve ser, trazendo consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras.

Um primeiro sentido de integralidade está relacionado com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, originária nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus

pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos em um sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anatomofisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Além disso, essa atitude era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2001).

Assim, para a medicina integral, a integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento. Atitude essa que deveria ser “produzida” nas escolas médicas, relacionando-se, desse modo, com a boa prática médica.

Quando “importada”, a concepção acerca da medicina integral ganhou traços próprios distintos do modelo americano. Esta não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado. Ao invés, associou-se num primeiro momento à medicina preventiva (um dos berços do movimento sanitário), propiciando uma renovação teórica nessa área.

Nos anos 1970 nascia no Brasil a Saúde Coletiva, campo do conhecimento que se construía a partir de uma crítica à saúde pública tradicional, à medicina preventiva tal como proposta nos Estados Unidos e reconfigurada na América Latina, e a partir das contribuições do movimento de medicina social. E uma de suas premissas básicas era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais, e analisá-las como tal. Com isso, houve uma modificação no modelo típico de medicina integral devido à diferenciação no eixo de interpretação dos fatos: os comportamentos dos médicos não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas. Quer através de uma matriz de base no pensamento marxista, que ressaltava as mudanças nas relações de trabalho – a crise de uma medicina tipicamente liberal e o crescente assalariamento dos médicos –, quer através de uma leitura das articulações entre Estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos – cristalizada na noção de complexo médico-industrial –, o peso atribuído às escolas médicas na

produção daquela fragmentação e naquela postura reducionista foi sendo relativamente minimizado. Em consequência, para bem ou para mal, a transformação da escola médica deixou de ser uma estratégia privilegiada de transformação no movimento sanitário (MATTOS, 2001).

Concomitantemente a esse processo, desenvolveu-se um corpo de conhecimentos particularmente críticos às instituições médicas e às práticas médicas. Críticas ao saber médico e a sua racionalidade foram elaboradas, levando a crer que a atitude fragmentária e reducionista fosse decorrente da própria racionalidade médica, e do projeto de cientificidade dos médicos, tipicamente moderno (MATTOS, 2001). Em outras palavras, para se produzir uma postura integral, seria necessário superar alguns limites dessa medicina anatomopatológica e, portanto, dessa racionalidade médica.

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. A criação do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS) consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – a primeira era pensada como sendo função do Ministério da Saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência. Essa formulação se fundamenta na concepção de que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um desses tipos de necessidade de serviços de saúde (MATTOS, 2001).

Essa estrutura dicotomizada do sistema de saúde foi criticada em pelo menos duas perspectivas. A primeira era referente à forma de pensar assistência médica e saúde pública de forma independente – mesmo formulando políticas de saúde que pudessem articular ambas, consolidava-se a distinção entre elas. Surge, assim, a bandeira de luta pela unificação, construída formalmente na criação do Sistema Único de Saúde, e consolidada pela incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde (MATTOS, 2001). A segunda é originada a partir da primeira, focando sua crítica no modelo hospitalocêntrico⁶ vigente. A população precisava dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades dissessem respeito à assistência médica ou as práticas de saúde coletiva.

⁶ O adjetivo “hospitalocêntrico” é utilizado para designar um dos traços do modelo assistencial predominante na época, e de acordo com linhas teóricas acerca do tema, até hoje.

É nesse contexto que se forja a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública. O princípio de integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. (MATTOS, 2001, p. 56)

E para responder essas críticas, a noção de integralidade exigia certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica em determinado programa do ministério (MATTOS, 2001).

DISCUSSÃO

Após apresentar as bases teóricas concebidas, os conceitos necessários, servindo de “lentes” para a análise do tema, nos aprofundaremos nas discussões e polêmicas acerca da racionalidade biomédica. Será abordado com maior destaque as tensões da racionalidade biomédica, frente à integralidade, e as possíveis alternativas apontadas por diferentes autores a essas questões.

E tendo em vista a extensão da discussão, será feita uma análise a partir da perspectiva epistêmica e sociológica. Claro, esses âmbitos estão intrinsecamente interligados, com distinções relativamente imprecisas, mas a utilização desse método de exposição foi escolhida por seu teor didático.

Análise epistêmica

Conforme já apresentado, a racionalidade biomédica, fundamentada nos traços pertencentes à racionalidade científica moderna, tem como percepção do real pressupostos mecanicistas, generalizantes e analistas. Com o nascimento da clínica, a medicina passa a ser concebida como a medicina das lesões e tem como foco as “anomalias” anatomofisiológicas que devem ser identificadas pelos biomédicos. Os olhares se voltam cada



vez mais para as lesões e a concepção de um *indivíduo doente*⁷ é substituída pela *lesão que está presente no corpo*.

Essa análise da racionalidade biomédica levou diversos idealizadores a concluir que esta racionalidade é insustentável frente às boas práticas médicas, ou ainda, frente aos pressupostos do princípio norteador integralidade.

A ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às ideias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade. O médico acaba por se enquadrar como um prático que deve aplicar “corretamente” e com maior objetividade possível os conhecimentos sobre as doenças, tornando a competência dialógica e interpretativa um elemento secundário e circunstancial (FAVORETO, 2007).

A leitura desse ideal, entretanto, resultou na produção de posições (práticas de intervenção) distintas – com teor revolucionário ou reformista⁸ (levando também à criação de posições híbridas). De um lado, parte dos idealistas defende a tese de que se devam subordinar os médicos a uma racionalidade sanitária ou defende o reconhecimento e a incorporação de outras racionalidades médicas que supostamente seriam mais harmoniosas com os pressupostos do princípio da integralidade – isto é, acreditam que a racionalidade biomédica não seja capaz de atender as práticas integrais, tendo como solução a substituição desta por outra racionalidade médica. De outro, estão os que mesmo partilhando daquela crítica ao saber e práticas médicas, apostam na desconstrução interna, feita de dentro das instituições médicas, identificando-se com o ideal da medicina integral estadunidense anteriormente apresentado (MATTOS, 2001).

A perspectiva revolucionária se pauta em questões que fundamentam a biomedicina – as críticas se iniciam na racionalidade científica, com suas relações de poder, forma de produção de conhecimento e ações que reafirmam a ciência como positivista e excludente. Neste sentido, a

⁷ O grifo é nosso.

⁸ Os termos revolucionário e reformista são utilizados mediante uma relação entre as respectivas perspectivas das mudanças no sistema econômico-político que vivemos com as soluções formuladas por distintas linhas de autores acerca da racionalidade biomédica.

medicina moderna, por ser consagrada como uma ciência, reproduz os mesmos traços.

Sendo a racionalidade científica uma concepção do real bem difundida entre a sociedade, a biomedicina passa a ser igualmente difundida e hegemônica na sociedade ocidental moderna. E com ela, suas impossibilidades em aderir ou aceitar outros tipos de produção de conhecimento não pertencentes à razão científica moderna. Frente a isso, alguns autores apontam a impossibilidade de se articular a racionalidade biomédica com outras práticas, possivelmente mais integrais, fundamentadas em outras cosmologias. Luz (1988), um dos autores que defendem essa tese, aponta para o reconhecimento de outras racionalidades médicas (medicinas alternativas) como solução a esse impasse, de forma que complemente o campo de atenção e práticas médicas. Em suas obras, a autora dá destaque para uma razão médica em especial, a homeopatia, apresentando suas bases e defendendo uma maior difusão e reconhecimento de tal pelo campo científico e pela sociedade:

São, portanto, saberes concorrentes [razão biomédica e homeopática] discursos-práticas científicos sobre o mesmo objeto. Dois saberes que se pretendem igualmente legítimos. A batalha política alopática versus homeopatia deveria necessariamente passar pela percepção dessas diferenças e dessa competição teórica. A estratégia da alopática (estratégia vitoriosa, aliás) tem passado historicamente pela ignorância ou desmoralização sistemática das diferenças – em seu proveito. (LUZ, 1988, p. 145)

Corroborando com esse mesmo ideal, de que há um impasse epistemológico produzido pela biomedicina na atenção integral, está a perspectiva de autores que apostam no redirecionamento do papel da clínica, tornando-se central a valorização e instrumentalização da narrativa como ferramenta que possibilitaria a exposição do sujeito, de modo mais claro e concreto, das suas necessidades e demandas.

A mudança na clínica consistiria na estruturação de outra atitude que compreenda e valorize: a fala e a escuta dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde, o que pressupõe que o limiar entre saúde e doença seja singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o

estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999 apud FAVORETO, 2004); a noção de autonomia das pessoas no processo saúde-doença-cuidado, reconhecendo que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças (SOARES, 2001 apud FAVORETO, 2004); a dimensão terapêutica da relação médico-paciente, compreendida como um ritual, no qual são construídos símbolos que, independentemente de operarem resultados de cura, possuem outros tipos de mudanças que podem ocorrer no nível da psicologia individual e da vida social dos pacientes (FAVORETO, 2004).

Aponta-se como solução para a questão do cuidado e práticas com atenção integral a reestruturação dos métodos e ações da racionalidade biomédica, reavaliando a formação dos médicos, conscientizando-os do seu papel na sociedade e passando a analisar os pacientes sob outra ótica diferente daquela fragmentadora atualmente hegemônica (FAVORETO, 2007). Favoreto afirma que:

O processo de formação e coerção do pensamento médico desqualifica e limita a possibilidade de que este profissional se perceba como sujeito na construção de seu saber e, deste modo, seja capaz de valorizar e integrar à clínica suas experiências e práticas e os saberes ligados à dialogia, à subjetividade e à cultura que são inerentes ao desenvolvimento de uma ação dirigida para a integralidade e para o cuidado em saúde. (FAVORETO, 2007, p. 226-227)

Análise socioeconômica

Além dos conflitos epistemológicos da racionalidade biomédica com as práticas do cuidado integral, podemos verificar outras relações que muitas vezes se constituem como fatores que acabam por afastar a medicina do princípio da integralidade. As relações das práticas do cuidado com o capital é um desses fatores.

A partir da segunda metade do século XX, estabelecem-se relações entre o capital e as práticas de cuidado: as práticas de cuidado exercidas por profissionais se tornam um elemento propiciador da acumulação do capital (MATTOS, 2008). Surge um significativo processo de acumulação

de capital no setor da saúde, transformando por completo as práticas e instituições médicas, afetando o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores nessa área.

Essas transformações se originam com as próprias transformações decorrentes da microbiologia, assim como trazem elementos ligados diretamente aos estudos das lesões anatomopatológicas, sobretudo em nível microscópico. Estes estão atrelados aos elos presentes entre a indústria química e a medicina – a linha de pesquisa de Erlich⁹ foi ao mesmo tempo um esforço de desenvolver um poderoso recurso terapêutico e um novo ramo da indústria química: a indústria farmacêutica (MATTOS, 2008).

O advento dessa indústria permitiu a produção de recursos terapêuticos em grande escala, podendo ser utilizado em qualquer parte do mundo. Isso representou um processo de reordenamento completo da formação e do trabalho médico, dando novo sentido à prescrição, que passa a ser a recomendação de um produto químico. Os médicos passam a ser os profissionais que, diante de um caso concreto, definem que medicamentos são necessários. Sendo assim, a medicina passa a seguir os rumos ditados pelo planejamento de pesquisa (MATTOS, 2008).

Nesse sentido, retomando as discussões acerca da terapêutica utilizada na biomedicina, vale acrescentar o que Camargo Junior(1997) declara a partir da observação dos currículos de muitas escolas médicas atuais: a inexistência da disciplina de terapêutica abre um grande espaço para a ação dos propagandistas das indústrias farmacêuticas. Isto é, a ausência de uma terapêutica definida na racionalidade biomédica – tangenciando uma questão metodológica e epistemológica da prática médica – em conjunto com a ausência de uma disciplina que oriente a prática do futuro médico acaba por levá-los a aceitar os rumos ditados pelas indústrias farmacêuticas.

Quando analisado superficialmente, talvez essa questão possa não constituir um problema para o cuidado das pessoas. Entretanto, as indústrias, por vislumbrarem uma maior acumulação de capital, não se limitam

⁹ Canguilhem (1977) relata que Erlich havia aprendido a usar os corantes no exame e distinção dos tecidos normais e patológicos, e a partir desses estudos, foi possível o desenvolvimento de produtos químicos que matavam microorganismos responsáveis pelas manifestações das doenças – inserido em uma ótica biomédica.

a produzir medicamentos eficazes e seguros, mas sim substâncias que por se conformarem como tal, serão consumidas. A ótica da produção de substâncias pelas indústrias farmacêuticas é deformada: na busca de maximizar os ganhos, *a indústria expande a oferta de mercadorias muito além do que seria um uso que tomasse a racionalidade médica como parâmetro norteador da produção e pesquisas*. Mattos lembra que o “episódio da talidomida é exemplar das transgressões à ética e ao primado da defesa da vida” (2008, p. 343).¹⁰

As estratégias de propaganda e marketing são bastante abrangentes, e incluem um poderoso arsenal de dispositivos voltados para os médicos, buscando construir seus padrões de conduta, sobre os mercados de venda de medicamentos (sendo os lojistas um alvo importante), e sobre o conjunto da população. (MATTOS, 2008, p. 343)

Além da indústria farmacêutica, as indústrias de materiais e equipamentos médicos se desenvolveram bastante ao longo do século XX. Dentre essas, está o conjunto de indústrias que se propõe desenvolver produtos que permitam de algum modo facilitar ou mesmo propiciar o diagnóstico das doenças (MATTOS, 2008). Essas indústrias agregam e desenvolvem pesquisas a fim de produzir inovações que, quando se mostram úteis no processo de diagnóstico, tornam-se necessárias.

O setor Saúde transformou-se em um local de acumulação de capital em escala mundial, de modo que as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais da saúde passaram a ser em grande parte as definidoras do consumo de produtos dessas indústrias em cada caso, portanto, os elementos que ao fim e ao cabo permitem a realização da acumulação de capital no setor (MATTOS, 2008).

A intensidade da inovação tecnológica, associada a certos dispositivos de patentes, propicia aos inovadores uma margem de ganho e de acumulação de capital bastante elevada. E cada vez mais, a dinâmica desse setor econômico vem elevando os custos da produção do cuidado médico. Essa dificuldade tende a trazer dificuldades crescentes no acesso aos serviços de saúde (MATTOS, 2008).

¹⁰ A talidomida foi amplamente utilizada na década de 1950 para supressão de desconfortos como enjoos e náuseas, sendo retirada do mercado na década seguinte por ter como efeito colateral em gestantes deformações nos fetos.

Agregado a isso, Mattos (2008) afirma haver um fetiche difundido pelos profissionais que atuam no setor saúde que se estende ao conjunto da população e produz uma demanda pelo consumo dos chamados exames complementares e dos medicamentos, dificultando ainda mais o acesso aos serviços de saúde. A primeira demanda seria uma falsa ideia de que quanto mais procedimentos diagnósticos forem feitos, mais certeza se terá acerca da origem do sofrimento – vislumbrando um ideal muito semelhante ao de Camargo Junior. E a segunda está ligada à ideia de que o ritual do consumo de medicamentos é fundamental para melhora do sofrimento (MATTOS, 2008).

CONCLUSÃO

A partir das obras analisadas e discussões apresentadas, podemos refletir e formular hipóteses acerca de algumas questões pertinentes a tal tema. As conclusões aqui apresentadas não serão suficientes para agregar todas as ideias relacionadas ao trabalho em questão. São tópicos que estiveram presentes ao longo da produção do mesmo e que considero essencial para entender o tema proposto.

Inicialmente, verifica-se que a atenção integral está vinculada diretamente ao conceito ampliado de saúde, expressando uma concepção do processo saúde/doença. Isto é, expressa uma compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com as sociedades e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica (MATTA, 2007). Neste sentido, deve-se privilegiar e identificar o sujeito e os grupos sociais como centro e objetivo dos serviços em saúde e não a doença propriamente.

Entretanto, há alguns obstáculos que impedem que essa prática integral não seja efetivada dentro dos serviços de saúde. E para que o objetivo seja devidamente concretizado, deve-se refletir acerca de algumas questões para criar medidas para que a racionalidade biomédica e as práticas integrais estejam, por fim, em sintonia.

Primeiramente, nos ateremos aos fundamentos da biomedicina fundados na racionalidade científica moderna. Como apresentado ao longo



do artigo, as ciências se desdobram a partir de alguns traços estruturantes da cosmovisão implícita à razão científica, tais como: o antropocentrismo e a mudança na relação homem-natureza, diferenciando-se desta e valorizando as iniciativas do gênero humano de conhecimento do “mundo natural”, com a finalidade de explorá-lo, desbravá-lo, desvendá-lo, intervindo sobre o mesmo; a experimentação como verificação da veracidade de um determinado conhecimento científico; a constituição de uma natureza materializada e objetivada (incluindo o próprio corpo humano), sendo transformada em “força produtiva”; a consolidação do mecanicismo como forma de verificar e compreender o mundo; o reducionismo dualista como característica metodológica e epistemológica; a concepção do mundo por uma lógica organicista e, muitas vezes, matematizada; e, por fim, a ideia do estilhaçamento do homem – ruptura do indivíduo em diversos “compartimentos” passíveis de estudo. Dessa forma, a biomedicina, pautada nas ciências biológicas, obedece a determinados métodos de produção de conhecimento e práticas de saúde pertencentes a essa mesma cosmovisão.

Entretanto, as práticas integrais não se pautam somente na descrição biológica. Como dito anteriormente, sob a ótica da integralidade, o sujeito é concebido como um todo, incluindo suas relações com as sociedades e o meio ambiente. E esses âmbitos não estão pressupostos no saber biomédico.

Neste sentido, deve-se articular a rigidez dos métodos de produção de conhecimento científico para que estes estejam mais próximos dos problemas que envolvem os sujeitos. Isto é, o método científico tal como é proposto, com sua tentativa de objetivar e quantificar os fenômenos, não é sensível às questões sociais. E para que se obtenha uma maior aproximação entre o sistema de saúde e os problemas da população (analisada sob uma ótica integral), torna-se necessária a inserção de conhecimentos com teor sociológico e cultural na medicina.

A mesma cosmovisão e forma de produção de conhecimento que legitima o saber e as práticas biomédicas serve também como um limitador para a construção de um saber médico mais complexo e integral. A imagem do campo científico difundida pelo senso-comum é a que se propõe a

desenvolver conhecimentos e tecnologias para a construção de um mundo melhor e mais confortável, entretanto, por estar atrelado a essa concepção do real, acaba por constranger essa mesma imagem.

Além do aspecto epistemológico, devem-se repensar também as formas que a biomedicina se relaciona com o Estado e a economia. Como apresentado, a hegemonia da biomedicina está atrelada também a questões político-econômicas. O sistema capitalista tal como ele se apresenta, e o Estado que o legitima, acaba por impulsionar as formas de produção de conhecimento e práticas médicas não integrais. Os métodos de produção de conhecimento, a aplicação dos saberes biomédicos e o desenvolvimento de novas tecnologias são possibilitadas por fortes investimentos, e conseqüentemente, são retroalimentados pelas formas de acumulação capitalista, verificando nesse processo a possibilidade de consolidar as suas ambições (como, de fato, as consolidam).

Neste sentido, há fortes interesses para que a biomedicina se constitua tal como ela é. Retomando a discussão sobre o campo científico, a biomedicina é formada e regida por pessoas que não estão desassociadas dos interesses pessoais e financeiros. Para um pesquisador se consolidar como tal e como profissão, torna-se necessário um investimento para concretização de suas análises, e estas podem estar sendo desenvolvidas à luz dos interesses dos financiadores e não dentro de uma ótica transformadora – para tornar o mundo melhor. Não se trata de um conhecimento neutro, como se propõe a ser, as suas práticas estão harmonicamente articuladas com os interesses do capital. O desenvolvimento dos saberes científicos não pertence a um universo transformador, como prática de mudança da sociedade ou por um mundo melhor, mas sim aos interesses de uma parcela das pessoas (investidores).

Com isso, pode-se verificar, por exemplo, a valorização das práticas assistencialistas frente às preventivas pelos profissionais de saúde e pela população de uma forma geral. Torna-se mais interessante para o capital investir no desenvolvimento de saberes acerca da cura e atenuação das centenas de enfermidades que se conhecem (e as que ainda estão ocultas) do que a prevenção das mesmas. Não digo que tais práticas não sejam transformadoras do sofrimento dos lesionados – tampouco as deslegítimo –, mas considerar

práticas curativas mais essenciais que preventivas não é pensar de maneira potencializada de transformação.

Neste sentido, essa valorização das práticas assistencialistas está associada aos desejos dos investidores e à própria valorização dos saberes biológicos dentro do meio acadêmico. Este último, que não está desvinculado do primeiro, se pauta também na rejeição de valores políticos e sociais, desejando legitimar-se apenas pelas variáveis biológicas. Sendo assim, acaba por se identificar mais com as práticas curativas do que com as preventivas, que além de questões biológicas, torna-se necessário o reconhecimento de análises sociológicas.

Deve-se, assim, repensar as formas que a biomedicina se relaciona com a economia e o Estado. A medicina não pode obedecer a uma lógica pautada nas leis do mercado. Ao invés disso, a forma de produção de conhecimento e práticas médicas devem se sustentar no bem-estar da população como um todo, direcionando-as para a o cuidado integral dos indivíduos.

Por fim, deve-se destacar a importância da formação médica e dos profissionais de saúde de uma forma geral para a concretização dessas práticas. São esses indivíduos que lidam diretamente com o cuidado, e por isso, torna-se necessário um maior destaque. A formação médica é uma das articulações fundamentais para que as práticas médicas integrais se tornem as hegemônicas.

Entretanto, não podemos nos deixar levar pelo ideal que somente a reestruturação educacional dos profissionais de saúde será suficiente para atender à causa. Temos diversos exemplos de mudanças nos currículos médicos que não suscitaram em profissionais com práticas mais integrais, ou estes não representavam a maioria. Para que essa prática seja consolidada de forma hegemônica, torna-se necessário uma série de articulações que trabalhem em conjunto, *envolvendo as formas de produção social do conhecimento, das ações e serviços públicos, e principalmente, de uma política social em defesa da vida*. Se trabalhados dessa forma, espera-se obter uma sociedade cujos direitos acerca da atenção integral em saúde serão, de fato, garantidos pelo Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

_____. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 157-170.

_____. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Estudos em Saúde Coletiva*, Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro, v. 65, p. 1-32, 1993.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 205-220.

_____. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2007. p. 213-230.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

KOSHIBA, Luiz. *História: origens, estruturas e processos*. São Paulo: Atual, 2000.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.



MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MARCONDES, Danilo. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-114.

MATTOS, Ruben Araujo de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 119-132.

_____. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 313-354.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.