

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



Organização:

Maurício Monken
André Vianna Dantas



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretora

Isabel Brasil Pereira

Vice-diretora de Ensino e Informação

Márcia Valéria Morosini

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Maurício Monken

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

Sergio Munck

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

VOL. 5

ORGANIZAÇÃO

Maurício Monken
André Vianna Dantas

Copyright © 2009 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Catálogo na Fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

M745i Monken, Maurício (Org.)
Iniciação científica na educação profissional
em saúde: articulando trabalho, ciência e cultura,
volume 5 / Organização de Maurício Monken e
André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

362 p. : il. , graf.
ISBN: 978-85-98768-44-1

1. Educação Profissionalizante. 2. Pesquisa 3. Métodos.
4. Projeto de Pesquisa. 5. Educação 6. Iniciação Científica.
I. Título. II. Dantas, André Vianna.

CDD 370.113

Editoração Eletrônica

Zé Luiz Fonseca

Marcelo Paixão

Capa

Pedro Henrique Maia Quadros (estagiário)

Revisão

Ana Cristina Andrade

Conselho Editorial

André Malhão, EPSJV/Fiocruz

Carla Martins, EPSJV/Fiocruz

Gaudêncio Frigotto, Uerj

Isabel Brasil Pereira, EPSJV/Fiocruz

Júlio França Lima, EPSJV/Fiocruz

Kenneth Rochel de Camargo Junior, IMS/Uerj

Lilian do Valle, Uerj

Lúcia Neves, EPSJV/Fiocruz

Luiz Fernando Ferreira, Ensp/Fiocruz

Márcia de Oliveira Texeira, EPSJV/Fiocruz

Maria Ciavatta, UFF

Marise Ramos, EPSJV/Fiocruz/Uerj

Mônica Vieira, EPSJV/Fiocruz

Roberto Leher, UFRJ

Roseli Caldart, Iterra/MST

Roseni Pinheiro, IMS/Uerj

Ruben Mattos, IMS/Uerj

Sergio Munck, EPSJV/Fiocruz

Virgínia Fontes, EPSJV/Fiocruz/UFF

***Dedicamos este livro
à memória da ex-aluna
Fernanda Alves Coelho.***

SUMÁRIO

Constituição da Ambientação Hospitalar a partir da Gestão de Coletivos	13
Amanda Costa da Silva/Iraí Borges de Freitas/Katia Butter Leão de Freitas	
Informação, educação e saúde: uma análise de campanhas televisivas da AIDS no Brasil	43
Ana Carolina Domingos Cassino/Cátia Guimarães	
Espaço Público na Reforma Passos: considerações sobre saúde e geografia	71
Carla Monteiro Sales/Maurício Monken	
Aspectos Sociais no uso de Cocaína Durante a Adolescência no Brasil	97
Fernanda Alves Coelho/Melissa Marsden	
Críticas à Wikipédia como Instrumento Universalista: concepções de saúde em diferentes línguas	127
Jimmi Austin Aragão Martins/Carla Macedo Martins/Jairo Dias de Freitas	
Meio Ambiente: percepção dos alunos da EPSJV referente ao descarte do óleo de cozinha usado	151
Juliana Valentim Chaiblich/Mauro de Lima Gomes	
Despejo de Esgoto, Poluição Marinha, Qualidade de Vida e Saúde: o caso do emissário submarino da Barra da Tijuca	169
Karoline Telles de Oliveira/José Paulo Vicente da Silva/Ana Júlia Calazans Duarte	

A Influência dos Games no Comportamento Social dos Jovens	197
Leandro Farias/André Dantas	
Matemática e arte: uma relação tão delicada	227
Mariana Luzia Fernandes de Almeida/Márcio Rolo	
O uso do Bom Humor e o Cuidado na Saúde	257
Rayanne Rodrigues Luiz/Gladys Miyashiro Miyashiro	
Delírio de Febre: as prisões fantásticas de Piranesi	291
Thatiana Victoria dos Santos Machado Ferreira de Moraes/Márcio Rolo	
Humanização do Atendimento e das Relações Públicas no Âmbito da Saúde Pública	317
Vivian Pinho Beneciano Lopes/Thamar Silva de Araújo/Denise da Silva Gomes	

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o quinto volume da série *Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde*, que por mais um ano vem contribuir com a valorização e divulgação da produção dos jovens estudantes oriundos dos cursos técnicos, integrados ou não ao Ensino Médio, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

Criado em 2001, o Projeto Trabalho, Ciência e Cultura – ou PTCC, como é chamado – tem como culminância a elaboração e defesa de uma monografia, cujo tema é produto de escolha do próprio formando. Este “trabalho final” é requisito indispensável para a conclusão do curso e integralização de sua carga horária.

Aos educandos e orientadores interessados e disponíveis para a empreitada, foi solicitado que produzissem um artigo simples a partir do trabalho monográfico desenvolvido. Esta produção/adaptação, para além de todo o trabalho anterior de produção da monografia, justifica a coautoria de todos os trabalhos aqui apresentados.

Nesta edição, temos 12 textos que abordam temas variados, na medida mesma das muitas possibilidades de “ler o mundo” que se abrem quando nos apropriamos das ferramentas do discurso científico, sobretudo quando se trata de um primeiro exercício de maior fôlego.

Acreditamos que a difusão da ciência, seu “desencastelamento”, é condição incontornável para a emancipação humana e para a construção das bases de uma sociedade outra onde a máxima restritiva, segregadora, do “conhecer é poder” seja tragada pela garantia, indiscriminada, do “poder conhecer”.

Boa leitura!

CONSTITUIÇÃO DA AMBIÊNCIA HOSPITALAR A PARTIR DA GESTÃO DE COLETIVOS

Amanda Costa da Silva¹
Irai Borges de Freitas²
Katia Butter Leão de Freitas³

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, de natureza bibliográfica, tomou por objeto a ambiência hospitalar a partir da gestão de coletivos como ferramenta para sua constituição.

No Brasil, a ambiência hospitalar é um tema proposto pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização (PNH), através da Cartilha de Ambiência, que serviu de base para este estudo. Refere-se ao cuidado dado ao ambiente para que seja humanizado e acolhedor, onde o acolhimento faz alusão à relação entre os diversos atores e os vínculos criados entre eles, principalmente na relação profissional-usuário. Vale então ressaltar a importância do espaço físico para a satisfação dos usuários, levando-nos ao conceito de ambiência.

¹Ex-aluna do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde (2006-2008). Contato: bunekinha_6@hotmail.com.

²Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde (LABMAN), da EPSJV. Graduado em Pedagogia pela Associação de Ensino Superior São Judas Tadeu. Possui especialização em Ergonomia pela COPPE (Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Contato: ibf@epsjv.fiocruz.br.

³Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde (LABMAN), da EPSJV. Graduada em Administração pelo Centro Universitário da Cidade (UniverCidade, 1990). Possui especialização em Ergonomia pela COPPE (Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Contato: katiabutter@epsjv.fiocruz.br.

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. (BRASIL, 2006, p. 5).

Buscamos como objetivos apontar ao gestor hospitalar ferramentas norteadoras para a constituição da ambiência hospitalar, por meio da apresentação histórica das mudanças arquitetônicas nos hospitais, do destaque na relação da ambiência com a gestão de coletivos e da descrição das ferramentas norteadoras da ambiência hospitalar.

O conceito de ambiência considera o ambiente partindo-se de três visões. A primeira delas afirma que a arquitetura permite a otimização do espaço, tornando lugares mais acolhedores e de acordo com o que se propõe para uma ambiência. Diante de tal importância, a evolução da arquitetura hospitalar e a organização do espaço são aqui apresentadas. Os padrões de concepção da arquitetura também se aplicam a essa visão e, por isso, são discutidos.

A segunda visão trata dos elementos dos ambientes raramente pensados como fatores de relevância no processo de produção da saúde e que causam efeitos impactantes para a recuperação da saúde do usuário e para o processo de trabalho dos profissionais. São eles: morfologia, luz, cheiro, som, sinestesia, arte, cor, tratamento das áreas externas e privacidade e individualidade. E é sobre cada uma dessas ferramentas e seus efeitos que se realizará esta abordagem.

Por último, temos a visão que considera a ambiência um espaço de encontro de sujeitos e, por isso, propicia uma reflexão destes sobre o processo e cria subjetividades. Por isso, também é imprescindível o cuidado com as pessoas.

Mas, para funcionar como proposto pela Cartilha de Ambiência da PNH, é preciso contar com a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde. Para isso, fiz a proposição de utilizar a cogestão de coletivos, a fim de apresentar a ambiência e suas qualidades como uma nova política que possa ser aceita e praticada por todos.



A relação entre essas vertentes quer funcionar como um possível instrumento de reflexão sobre fatores da ambiência hospitalar que, quando em harmonia, podem contribuir para a melhoria gradativa no processo de produção da saúde integral.

BREVE HISTÓRICO DA ARQUITETURA HOSPITALAR

Na Antiguidade (século VIII a.C. – século V) verificaram-se na Grécia três tipos de lugares relacionados à saúde, sendo eles de caráter público, privado e religioso. No público, os principais estabelecimentos eram o Prythaneé, destinado ao tratamento à saúde; o Cynosarge, responsável por cuidados a idosos; e o Xenodochium, que dava hospedagem a estrangeiros com elevada hospitalidade, pois na época era considerada uma obrigação da sociedade helênica. O privado dizia respeito à assistência realizada por médicos em uma casa escolhida por eles (denominada latreia) para receber seus pacientes. No âmbito religioso é que identificamos as formas arquitetônicas que marcaram o período: os pórticos e os templos. Nesses locais, os pacientes passavam a noite nos pórticos em volta de templos de Asclépio (deus da medicina), para que na manhã seguinte pudessem contar seus sonhos aos sacerdotes e, estes, por sua vez, os interpretavam e, a partir daí, determinavam o tratamento que era predominantemente administrado à base de abluções (purificação pela água).

Em Roma, identificaram-se dois grandes estabelecimentos prestadores de cuidados na Antiguidade: as valetudinárias – que prestavam assistência a militares e escravos de grandes propriedades – e as termas – lugares para banho de relaxamento terapêutico com diferentes temperaturas e sauna. A estas termas estavam interligados outros espaços que dispunham de fontes termais naturais para terapia e cura, destinados à alta sociedade.

Na Idade Média (século V – século XV) a Igreja adquiriu grande poder político e social e alcançou forte destaque no campo do cuidado. A preocupação baseava-se na caridade com o doente, já que tinha



como base o sentimentalismo e a caridade pregada pelo cristianismo.

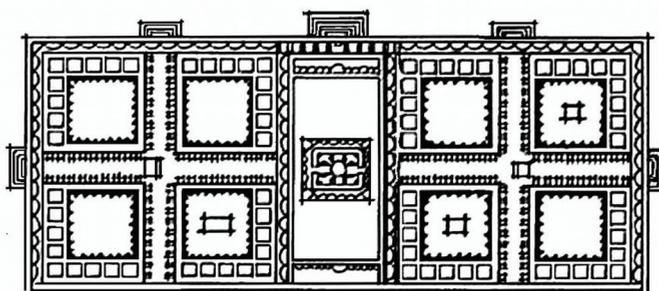
Tendo em vista o aprimoramento da morfologia das enfermarias, a Idade Média ficou caracterizada por um novo modelo arquitetônico vinculado às Igrejas: as naves. Com elas, fatores como ventilação, iluminação e abastecimento de água foram sendo mais considerados e o planejamento hospitalar incorporou a forma de organização que separa as funções de alojamento e logística, como também os pacientes por patologia e por sexo.

O período do Renascimento (século XIV) teve como característica uma mudança ideológica, política e artística nas sociedades. A arquitetura hospitalar também foi influenciada por estas mudanças e, portanto, o campo da saúde adotou novas formas arquitetônicas.

Os modelos arquitetônicos que marcaram o período Renascentista são o claustro, rodeado por galerias e corredores, e os modelos em forma de cruz, "T", "L", "U" e quadrados. O modelo de cruz era utilizado nos hospitais para homens, enquanto o "T" era utilizado para as mulheres; isto porque o espaço construído é menor e o número de pacientes mulheres era inferior ao de homens (FILARETE apud MIQUELIN, 1992). Os demais modelos referidos não apresentavam diferença de gênero.

Estes modelos arquitetônicos carregaram semelhanças quanto a suas dimensões e consideraram alguns aspectos importantes, como, por exemplo, sistema de esgoto e melhor iluminação e ventilação, necessários aos cuidados dos enfermos.

Figura 1 – Ospedale Maggiore de Milão, principal hospital do Renascimento.



Fonte: MIQUELIN, 1992, p. 41.



A eclosão da Revolução Industrial, no século XVIII, gerou profundas mudanças no modelo de produção. As novas técnicas trouxeram para o interior dos hospitais um intenso processo de discussão tanto na forma quanto na função (físico/funcional), proporcionando um avanço relevante no avanço na arquitetura.

Um outro acontecimento importante desta época que ocasionou mudanças na arquitetura hospitalar foram os dois incêndios no hospital Hotel Dieu de Paris (início e final do século XVIII). Por ser um hospital que recebia muitos pacientes, era vital para a cidade de Paris, sendo necessário reconstruí-lo ou substituí-lo.

Estudos foram feitos e foi dado início ao processo de reconstrução do hospital no mesmo lugar, mas Bernad Poyet (arquiteto da estrutura original) não ficou satisfeito com esta decisão e quatro anos depois apresentou um novo projeto. Diante desta discussão, a Academia Real de Ciências nomeou uma comissão para avaliar o projeto apresentado por Poyet. Após a avaliação, o projeto foi rejeitado e a comissão começou, então, a realizar pesquisas, tendo por objetivo propor uma solução definitiva para a questão do Hotel Dieu (SILVA, 2001).

Como membro desta comissão, Jacques René Tenon, médico cirurgião e oftalmologista do hospital, despertou o interesse em realizar viagens para visitação a hospitais, a fim de elaborar pesquisas sobre os hospitais parisienses. Como resultado, teve-se um conjunto de relatórios que contemplavam aspectos arquitetônicos, funcionais, médicos e administrativos, auxiliando os profissionais de diferentes competências a elevar o quantitativo de doentes curados.

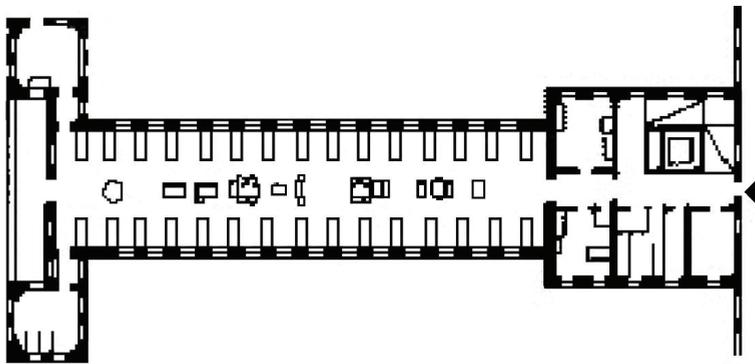
Cinco de seus relatórios foram publicados em uma única obra, em 1788, intitulada *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. E no quinto relatório Tenon apresentou o modelo de organização que deveria substituir o Hotel Dieu de Paris, desenvolvido por Poyet a partir do que pregava Tenon, mas com a Revolução Francesa o projeto não foi concretizado.

Em meados do século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, baseada em seu estudo sobre o funcionamento dos



hospitais e apoiada em sua experiência adquirida na Guerra da Criméia, defendia a ideia de que a deficiência dos hospitais estava presente na falta de iluminação e ventilação naturais e, então, estabeleceu normas e dimensões que vieram a ser chamadas de “enfermaria Nightingale”. Consistia em um salão longo e estreito, onde os leitos eram colocados perpendicularmente às paredes e com uma janela entre cada dois leitos no alto do salão permitindo iluminação natural e ventilação natural cruzada.

Figura 2 – Enfermaria “Nightingale”.



Fonte: MIQUELIN, 1992, p. 47.

E após estes e outros estudos sobre a arquitetura dos hospitais surgiu uma nova forma: a pavilhonar. Foi esta a forma que marcou a era industrial. O próprio projeto de Tenon para reconstrução do Hotel Dieu exaltava este modelo. A forma pavilhonar estruturada em zonas funcionais foi a adotada como ideal.

No final do século XIX, algumas críticas foram apontadas contra a morfologia pavilhonar, como: aumento no custo dos preços urbanos; aumento nos recursos humanos; escassez de mão de obra enfermeira; custos superiores ao modelo vertical e redução do tempo médio de permanência dos pacientes internados.

Os avanços na engenharia, com o uso de estruturas metálicas na construção de edifícios verticais, o concreto armado, a ventilação

mecânica e o transporte vertical (os elevadores), muito contribuíram para a decadência dos hospitais pavilhonares.

Dáí então surge a morfologia de monoblocos verticais. Este novo modelo consistia em uma série de enfermarias Nightingale “empilhadas” e ligadas por um elevador. O aspecto visual era definido pela vontade do arquiteto, inspirado nos primeiros arranha-céus comerciais.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve um desdobramento do modelo monobloco vertical que incorporou em sua morfologia um platô horizontal localizado no térreo ou subsolo para abrigar principalmente as áreas de apoio técnico, diagnóstico, pois utilizavam equipamentos de grande porte e pesados.

Até o início do século XX predominaram as construções hospitalares de morfologia em U ou quadradas, influenciadas pelo período renascentista europeu.

No Brasil, somente na primeira metade do século XX surgiram os complexos hospitalares, influenciados pela tendência internacional. São exemplos os edifícios do Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Geral de Bonsucesso e o Centro Psiquiátrico Pedro II, todos localizados no Rio de Janeiro.

Mas o grande princípio defendido por Tenon não foi abandonado; o hospital manteve sua organização arquitetônica baseada nos serviços que se presta. Para ele, o predominante se desloca da “necessidade” para questões da ordem do acesso ou de circulação. Como muito bem nos diz Silva (2001, p. 4), “a arquitetura une evidentemente a utilidade com o agradável”.

ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO

O que é um espaço?

Zevi (1996) relaciona a arquitetura e o espaço de forma não conjunta ao afirmar que



as quatro fachadas de um edifício constituem apenas a caixa dentro da qual está encerrada a joia arquitetônica, isto é, o espaço. [...] Espaço (do latim *spatium*) é a distância entre dois pontos, ou área ou o volume entre limites determinados. (ZEVI, 1996 apud ALVES, 2004, p. 2-3).

Seria, então, espaço a mesma coisa que lugar? Não. Como nos mostra Alves (2004, p. 3), lugar (do latim *locālis*, de *lócus*) é o “espaço ocupado”, uma vez que o espaço só se torna lugar na presença do homem, que o ocupa, habita.

Zevi (1996 apud ALVES, 2004) apresenta o tempo como um novo elemento para diferenciar espaço de lugar. Tuan (1983 apud ALVES, 2004) os relaciona ao dizer que quanto mais tempo se habita um lugar maior a afeição que se estabelece com ele. Se o espaço não se define a partir das características que aqui apresentamos, configura-se o que Augé (1994 apud ALVES, 2004, p. 4) denominou não lugar, assim nomeado por não se definir “nem como identitário, nem como relacional, nem como histórico”.

Christian Norberg-Schulz defende a ideia de que “o lugar é a concreta manifestação do habitar humano” (ALVES, 2004, p. 5). Assim, tiramos uma reflexão muito importante para este estudo: o lugar é a relação entre elementos naturais, espaciais e humanos. Naturais porque implica um processo de interação entre os fatores naturais do ambiente. Espaciais porque se referem às questões de dimensão, como áreas e volumes. E humanos porque só existe a partir da presença do homem.

Diante desta discussão sobre espaço e lugar, usemos como exemplo a casa. Bachelard (1993 apud ALVES, 2004, p. 7) considera a casa como “o nosso canto do mundo. [...] abriga o devaneio, [...] protege o sonhador, [...] permite sonhar em paz”, portanto, ela se torna para o homem o lugar principal em sua vida, como aquele em que é bom estar.

Ao refletir sobre os conceitos construídos, entendemos que os espaços hospitalares deverão ser projetados com o olhar do conceito de lugar, onde as subjetividades e singularidades dos usuários deverão ser acolhidas.



Didaticamente, para melhor compreensão, podemos dividir o espaço hospitalar em três subconceitos: espaço edificado, espaço instalado e espaço ocupado (FREITAS; LOPES, 2008).

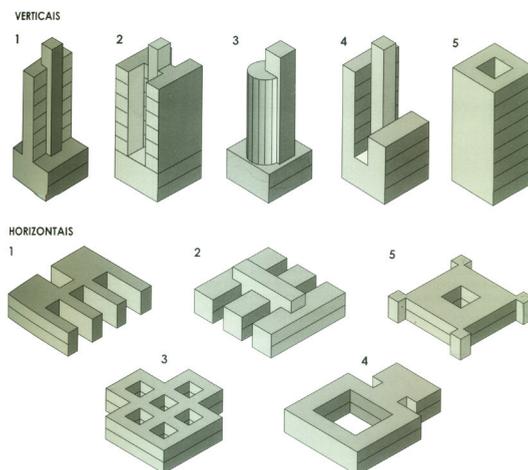
Espaço edificado

O espaço edificado está diretamente ligado à forma arquitetônica. Ao usar este termo, o engenheiro Azevedo Neto (2004) se refere às plantas de um projeto, partindo do princípio de que estas plantas são capazes de expor visualmente alguns aspectos da estrutura arquitetônica. Portanto, podemos analisá-lo em dois aspectos: em sua concepção e em casos de intervenção.

Esse primeiro diz respeito à forma dada ao espaço no momento de concepção, podendo ser de caráter horizontal ou vertical.

Na concepção do partido a ser adotado no edifício hospitalar, Góes (2004) apresenta duas tipologias: vertical e horizontal. A tipolo-

Figura 3 – Tipologias mais usadas no projeto do edifício hospitalar.



Fonte: GÓES, 2004, p. 47.



gia vertical pode apresentar as formas de: torre simples (1), torre dupla (2) torre radial e bloco (3), lâminas verticais (4) e monólito vertical (5). Já a tipologia horizontal pode apresentar as formas de: pente e pavilhão (1), lâminas isoladas articuladas (2), pátio expandido (3) pátio compacto (4) e monólito horizontal (5).

No caso de hospitais, a recomendação é de que seja de apenas um pavimento, como coloca Góes (2004). Entretanto, segundo este mesmo autor, recomenda-se que a ocupação máxima seja de aproximadamente 50% do terreno. Mas como as dimensões requeridas para um hospital são grandes, o espaço do terreno teria que ser muito extenso. E um terreno deste tamanho é muito difícil de encontrar nas médias e grandes cidades. Diante disso, a verticalização dos hospitais foi a solução encontrada.

Após a concepção, o espaço construído pode necessitar de modificações morfológicas, sendo necessário passar por uma intervenção. Por casos de intervenção, entendemos qualquer processo feito na estrutura arquitetônica após sua concepção. Destacam-se:

- *Conservação* – preservação de características históricas e culturais de um bem (conjunto de significação cultural).
- *Restauração* – resgate de características originais da edificação, mantendo vivas a história e a cultura de um povo.
- *Retrofit* – revitalização de edifícios por meio de implementações de tecnologias e programas novos para resolver problemas.

Espaço instalado

De acordo com o conceito de ambiência apresentado anteriormente, o espaço físico precisa de um tratamento, visto que o espaço arquitetônico definido por si só ainda não está pronto para ser ocupado. Depois de pronto, o ambiente ainda precisa de certos cuidados, configurando o espaço instalado.



Para que possamos entender o conceito do espaço instalado, recorremos a Azevedo Neto (2004), que o compreende sendo o espaço onde existem os sistemas funcionais, ou seja, as instalações elétricas – responsáveis pela produção de iluminação, ventilação, som etc. – e as instalações hidráulicas – responsáveis pela produção de cortina de água para ventilação, espelho d’água (chafariz, lago etc.), pontos de fornecimento de água para a jardinagem etc.

Ao refletirmos sobre os elementos da ambiência, podemos verificar que o produto dos sistemas funcionais (luz, som, ventilação, dentre outros) citado por Azevedo Neto (2004) está inserido na Cartilha de Ambiência do HumanizaSUS (FREITAS; LOPES, 2008).

Aqui, portanto, cabe compreender as ferramentas norteadoras propostas pela Cartilha de Ambiência do *HumanizaSUS*.

1. *Morfologia* – Quando falamos em morfologia, nos referimos ao fato de que “formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas” (BRASIL, 2006, p. 8).

É preciso pensar nas especificidades do espaço – como finalidade, público, tempo médio de permanência, período do dia mais usado, quantidade de pessoas a usar, número de mobílias e equipamentos – antes de designá-lo a uma tarefa, para não ocorrer caso de falta de funcionalidade.

A configuração e criação desses espaços podem – e é até recomendável – voltar-se para um lado estético, propiciando beleza ao ambiente, mas não se pode esquecer da funcionalidade do lugar. A forma, a função e a estética devem caminhar juntas para garantir um ambiente favorável.

Távora (2007, p. 14) questiona “em que medida uma forma pode ser bela sem ser funcional e em que medida uma forma pode ser funcional sem ser bela”. Creio que a diferença principal entre esses conceitos é o campo em que podemos mensurá-los. A funcionalidade é objetiva: um ambiente está estruturado, tem equipamentos, materiais e espaço condizentes com a função. Já a estética é subjetiva: o que é bonito para um pode não ser para outro.



Reconhecendo a importância de um bom projeto físico como forma de influência no processo de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe, na RDC 50/02, normas para os projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde e apresenta outras regulamentações para as estruturas dos ambientes de saúde.

2. *Luz* – Segundo a Cartilha de Ambiência, a iluminação, “além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e as sombras que proporcionam” (BRASIL, 2006, p. 8).

A luz pode influenciar o processo saúde-doença por tornar o ambiente mais favorável ou desfavorável à realização das atividades assistenciais. Ao mesmo tempo que a iluminação conforta o indivíduo, ela pode prejudicá-lo. A luz tem o poder de estimular e também de fatigar.

Fonseca (2000 apud COSTI, 2002) fala que a iluminação interfere no estado das pessoas. O fluxo luminoso em determinado local pode prejudicar o ser humano que ali está, seja por falta ou excesso. A falta de iluminação em um ambiente leva o indivíduo a forçar a visão para enxergar, acarretando problemas no desempenho deste sentido. Mas o excesso de luz também pode causar alguns tipos de irregularidades visuais. Para tanto, a norma da ANVISA, NBR 5413/1982, estabelece os níveis de iluminação de acordo com o ambiente, a ocupação e o tempo de exposição.

Os dados da norma tratam da questão quantitativa da luz. Mas existe o lado qualitativo, que ressalta alguns efeitos, tais como os mostrados por Oliveira e Ribas (1995): velamento, ofuscamento e deslumbramento. O mau planejamento da distribuição de fontes de luz e fluxo luminoso pode ocasionar algum(ns) desses e outros problemas.

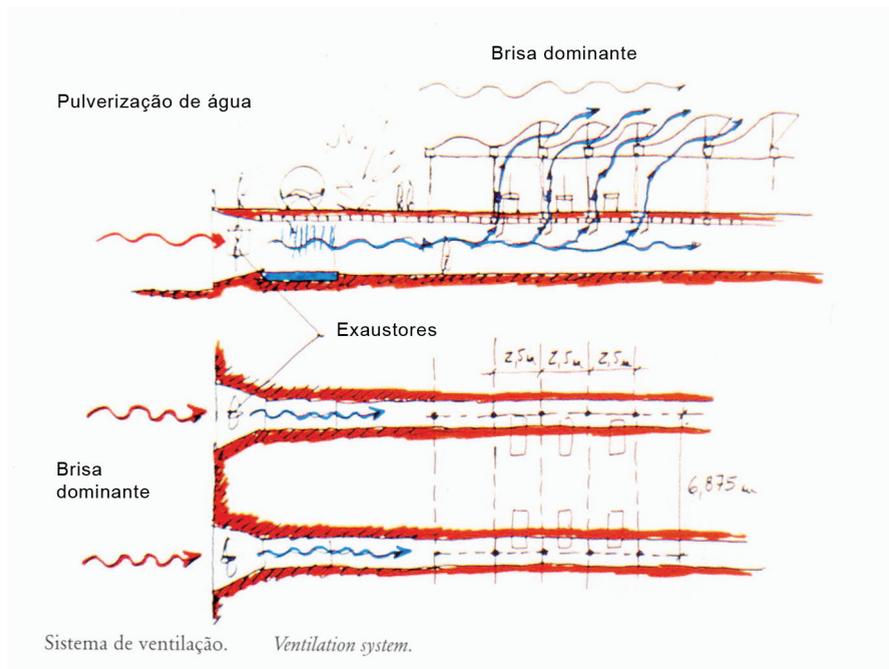
3. *Cheiro* – Alguns fatores visualmente imperceptíveis também exercem forte influência sobre o estado de bem-estar do sujeito que ingressa em uma instituição de saúde. Um deles é o cheiro. Em vista disso, a Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2006, p. 9) aconselha “con-



siderar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas”.

Os odores contidos no ambiente provêm de diversas fontes como, por exemplo, do metabolismo humano, de roupas, substâncias químicas usadas nos hospitais, fumaça de cigarro, cozinhas, banheiros, lavabos, maquinários, entre outros (TOLEDO, 1999). Por isso, partindo-se do pressuposto de que o ar interno se contaminou, ele precisa receber o devido tratamento de forma a renová-lo no ambiente, substituindo-o por uma nova quantidade – mais pura – de ar externo.

Figura 4 – Sistema de ventilação.



Fonte: LATORRACA (Org.), 2000, p. 192.



A esse procedimento chamamos de *ventilação*, que pode ser de dois tipos: mecânica, contando com equipamentos (ventiladores) que se encarregam de fazer a exaustão do ar pelos dutos e de expeli-lo; ou natural, em que não há emprego de ventiladores mecânicos, garantindo a saída de ar pelos dutos através do efeito chaminé⁴, contando também com a ação dos ventos.

O modo de proceder à ventilação do ambiente depende da estrutura e das funções que ele desempenha. Cada ambiente apresenta fontes de odor próprias, sobre as quais se deve agir de diversas formas: limpeza do ambiente e de toda a roupa hospitalar, ventilação, disposição dos objetos no lugar (cujo material pode exalar forte cheiro), controle de dispersão dos odores das cozinhas e banheiros, correta manipulação de produtos químicos, entre outros.

4. Som – Ao tratar do som do ambiente hospitalar, a Cartilha de Ambiência nos diz ser “importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle alguns ruídos” (BRASIL, 2006, p. 9).

O som “é o resultado audível de uma vibração”, ou seja, “a energia provocada pelo ir-e-vir de vibrações” (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 1998, p. 15). E o ruído? O ruído “não é mais do que um som indesejável”. Não há uma regra específica para determiná-lo, pois “gostar ou não gostar são assuntos extremamente pessoais” (STEVENS; WARSHOFSK, 1972, p. 171). O ruído é, portanto, subjetivo.

A perturbação causada pelo ruído pode variar de acordo com seus parâmetros de altura (medida Hertz – Hz) e intensidade (medida em decibéis – dB). O ouvido humano é sensível a frequências entre 20Hz e 20.000Hz (GERGES, 1992). A respeito da intensidade, a Norma Regulamentadora nº 15 – Atividades e Operações Insalubres, do Ministério do Trabalho e Emprego, dispõe sobre o tempo de exposição permitido em relação à intensidade do som.

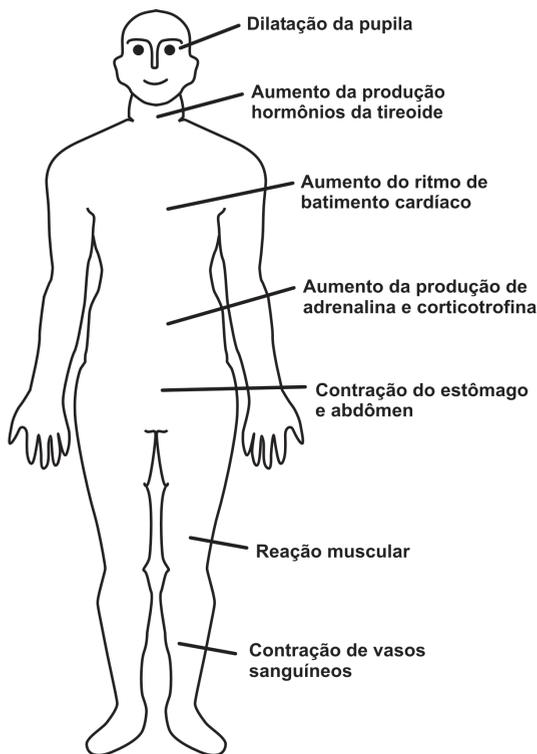
Os ruídos podem e devem ser combatidos. Para começo, recomenda-se um estudo com levantamento das fontes de ruídos, que em

⁴Tendência de um ar ou gás de um poço ou outro espaço vertical a se elevar quando aquecido, criando uma tiragem que provoca a entrada do ar ou o gás mais frio que está embaixo (CHING, 1999, p. 36).

um hospital são diversas: macas e carrinhos circulando, alarmes sonoros de elevadores, aparelhos diversos e vozes. Detectando-se a fonte, o primeiro passo pode ser afastá-la das áreas comuns e enfermarias (caso não seja possível substituir por um instrumento mais silencioso). Não sendo possível afastar a fonte, a solução é usar barreiras e absorventes de som no revestimento do ambiente, garantindo, além de proteção acústica, privacidade. Exemplos de absorventes são “a fibra de vidro, a lã mineral, espumas de poliuretano, fibras de madeira, etc.”; enfim, “materiais grossos e porosos” (SILVA, 2005, p. 36).

O som pode afetar tanto fisiológica quanto psicologicamente os indivíduos. Dos efeitos fisiológicos, os mais comuns são: vasoconstrição

Figura 5 – Efeito do ruído no organismo humano.



Fonte: VIEIRA, 1997, p. 1.



do sistema circulatório periférico, redução do volume de sangue na pele e do volume do batimento do coração e dilatação da pupila (SANTOS FILHO, 1978). Além disso, pode gerar dor de cabeça, fadiga, distúrbio hormonal, gastrite e alergias. Quanto aos efeitos psicológicos, podemos citar: perda de concentração, perda dos reflexos, irritação permanente, insegurança quanto à eficiência dos atos, embaraço da inteligibilidade das palavras e impotência sexual (SILVA, 2005).

5. *Sinestesia* – Conforme a Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2006, p. 9), a sinestesia “diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas”.

O corpo humano expressa suas emoções através de seus movimentos, utilizando-se de braços, pernas, pés, mãos, cabeça, tronco, boca. Todo o corpo se movimenta para as expressões dos sentimentos humanos. Esses movimentos nos levam a ter uma percepção do ambiente. E, para isso, contamos com nossos sentidos. Vamos então discutir separadamente aqueles que mais auxiliam na percepção do espaço.

Visão – primeiro contato com as coisas, permitindo conhecê-las superficialmente.

Olfato – os odores estão soltos pelo ar a todo o momento, portanto o olfato é trabalhado constantemente, pois “o nariz fechado causaria nossa morte” (OKAMOTO, 2002, p. 126).

Tato – é o sentido mais adequado para perceber a formação do espaço através das texturas. O toque permite a identificação entre liso, áspero ou rugoso, criando a sensação da interioridade do objeto.

Audição – a audição nos permite ouvir o som do espaço e nos comunicar oralmente. O eco também é um fenômeno percebido pela audição que dá ideia de ocupação do espaço, auxiliando-nos no deslocamento.

Sentido térmico – percepção e sensação da temperatura, que influencia também no rendimento de trabalho dos profissionais, já que a produtividade geralmente diminuiu diante de muito calor, daí o uso do aparelho de ar-condicionado na maioria dos espaços das instituições (OKAMOTO, 2002).

6. *Arte* – No campo da ambiência, a arte funciona “como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas” (BRASIL, 2006, p. 9), sendo um instrumento de interação do espaço com os sujeitos, uma vez que transmite sensações e influencia no estado dos mesmos.

Por isso, é importante considerar as aspirações dos sujeitos na hora de produzir a arte no ambiente hospitalar. A arte é uma expressão da cultura de um povo. Assim, quando um sujeito reconhece na obra sua cultura, sua realidade e sua história, ele tende a apreciá-la mais.

Uma obra tão admirada por um tipo de público pode não ser de agrado de outro tipo. O gosto de cada público é diferente, pois resulta de uma história de vida e de um modo de vida local. Diante disso, recomenda-se a participação da população local no processo de decoração do ambiente, expressando suas preferências. Dessa forma, há mais chances de se construir um ambiente que agrade os usuários, transformando-o em um lugar humanizado e acolhedor.

7. *Cor* – Vimos que a ambiência se preocupa em tornar o espaço hospitalar um lugar agradável para os que dele desfrutam. E um dos fatores do ambiente que pode exercer influência sobre o bem-estar dos indivíduos é a cor.

De acordo com a Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2006, p. 9), “as cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento”. Além disso, a cor ainda embeleza o ambiente.

Costi (2002) recomenda o uso de diversas cores para atrair, uma vez que o uso de uma mesma cor em todo o ambiente transmite melancolia e monotonia. Mas a combinação das cores deve ser harmoniosa e equilibrada a fim de não criar uma atmosfera confusa no ambiente. Existem instrumentos que objetivam facilitar a escolha de uma cor ou fazer misturas de cores partindo de uma matriz para encontrar a tonalidade certa que se deseja expressar. Um deles é o disco cromático, que apresenta as cores e os resultados das principais misturas. As cores denominadas quentes (partindo-se do vermelho) são, em geral, estimulantes; enquanto as cores frias (partindo do azul) tendem a ser



Figura 6 – Disco cromático.



Fonte: ALCOLORE, 2008.

relaxantes. Cada cor desperta sensações e sentimentos diferentes nos sujeitos. Diante de uma imensa variedade, fica mais fácil analisar as cores extremas: a cor azul é calma, repousante e até mesmo um pouco sonífera; e a cor vermelha é saliente, agressiva, estimulante e dinâmica até o enervamento (IIDA, 2005). Mas é importante ressaltar que não se pode atrelar às cores atitudes extremadas.

8. *Tratamento das áreas externas* – Os espaços coletivos de saúde – ou seja, as áreas públicas dos estabelecimentos de saúde e, por isso, sem restrição de acesso – são ambientes propícios à troca de valores dos sujeitos.

A porta de entrada de um hospital é o primeiro local de contato do indivíduo com os serviços de saúde e, por isso, deve estar estruturada de forma agradável. Além disso, são muitas vezes locais de espera e, assim sendo, são favoráveis à comunicação dos sujeitos entre si e com a instituição, à troca de desejos, experiências e vivências, à boa imagem da instituição para seus usuários (refletindo profissionalismo, seriedade, acessibilidade e compromisso dos serviços prestados).

(...) além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de “estar” de pacientes

ou de seus acompanhantes [...] essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde. (BRASIL, 2006, p. 10).

Já que se configuram muitas vezes como locais de espera, as áreas externas são propícias à realização de algumas atividades. A Cartilha de Ambiência propõe a implementação de programas que distraiam os sujeitos ao mesmo tempo que favoreçam sua saúde. Atividades de ginásticas relaxantes, oficinas de arte, atividades de estímulo à cidadania e momentos destinados à colocação de dúvidas são alguns exemplos de métodos de integração social dos sujeitos uns com os outros e com a instituição, aproximando-os.

O paisagismo vegetal pode ser um dos componentes das áreas externas dos espaços de saúde, facilitando o contato do ser humano com a natureza, além de, muitas vezes, contribuir na formação de microclimas que favorecem para uma ventilação mais saudável dos espaços.

9. *Privacidade e Individualidade* – Visando ao bem-estar dos sujeitos que se encontram no hospital, a ambiência vem destacar o fundamental papel de considerar as subjetividades de cada um.

Para a Cartilha de Ambiência,

a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente. [...] Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. (BRASIL, 2006, p. 11).

A partir da história de vida dos indivíduos é que se deve configurar o ambiente. A organização e decoração precisam estar de acordo com seu “universo”, já que a intenção é tornar o espaço um lugar, um ambiente não excludente da vida social. A presença de objetos pessoais no ambiente hospitalar proporciona um tom caseiro e íntimo para o sujeito.

Os móveis e os objetos contribuem para familiarizar o sujeito



no espaço, já que trazem consigo um significado. Um porta-retrato, por exemplo, remete à família ou a amigos; um computador ou uma televisão proporcionam entretenimento. Entendendo então que estes elementos podem contribuir para a confortabilidade.

Figura 7 – Privacidade e individualidade dos pacientes.



Fonte: AZEVEDO NETO, 2007.

Ao trabalhar a questão da individualidade, a Cartilha de Ambiência coloca essa necessidade de garantir um espaço singular, com a presença de pertences e condições de receber visitas e manter conversas de forma privada. Isso nos remete à noção de privacidade, quando a Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2006) sugere o uso de divisórias ou cortinas, permitindo a projeção de um ambiente reservado em que o sujeito possa agir com a maior naturalidade possível. As divisões removíveis são as mais aconselhadas, pois permitem, sempre que desejado, a interação com os outros sujeitos.

ESPAÇO OCUPADO

Após a edificação (espaço edificado) e a instalação (espaço instalado), o hospital passa a abrigar pessoas que irão usufruir a qualidade do espaço ocupado.

Távora (2006) compreende que o espaço ocupado deverá con-



templar a inteligência artística do ser humano, pois

(...) o espaço ocupado pelo homem tende sempre para, caminha sempre no sentido de, tem como fim a criação da harmonia do espaço, considerando que a harmonia é a palavra que traduz exatamente equilíbrio, jogo exato de consciência e de sensibilidade, integração hierarquizada e correta de fatores. (TÁVORA, 2006, p. 14).

Portanto, cabe aos projetistas e gestores dos hospitais a preocupação com o bem-estar da equipe de trabalhadores e demais usuários (pacientes, acompanhantes, visitantes, fornecedores etc.), tornando o espaço ocupado confortável e seguro.

Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde (BRASIL, 2006, p. 12).

Vejamos três vertentes primordiais para essa confortabilidade:

1. *Promoção da Saúde* – Além da assistência médica propriamente dita, o hospital precisa atuar como um promotor de saúde, minimizando as ocorrências de agravos e doenças na população. A promoção da saúde “vai além dos cuidados de saúde” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 2); “baseia-se não só na prevenção e controle da enfermidade, como também na saúde e bem-estar, e defende o conceito de que a saúde das pessoas é um recurso positivo em suas vidas” (CARTA DO CARIBE, 1993, p. 1).

As conferências internacionais de promoção da saúde apresentam como requisito para a promoção da saúde a criação de ambientes humanizados que acolham os sujeitos, manifestando neles a liberdade e vontade de agir em prol da saúde.

A ambiência hospitalar busca exatamente a criação de ambientes que contribuam ao máximo com o processo de gestão de saúde e de prestação de serviços, incluindo, portanto, a promoção da saúde. Estas



políticas caminham para um mesmo objetivo: a qualidade de vida e saúde do homem que ocupa o espaço. Vale ressaltar que todo espaço é espaço pra se fazer saúde!

2. *Recuperação do paciente* – A presença do indivíduo em um ambiente hospitalar em busca de cuidados médicos já é um indicador de que não está tudo bem. Além da debilidade física e/ou fisiológica, é possível que o lado emocional esteja abalado. E, justamente por ainda estar acoplado à imagem de doença e morte, o hospital gera arrepios em muitas pessoas ainda hoje.

Mas em que sentido a ambiência pode favorecer a recuperação do paciente? A ambiência trata do cuidado com o espaço no qual o paciente se encontra. Portanto, ao modificar ou adaptar o espaço, provocam-se alterações no processo ali realizado.

O espaço deverá sempre ser projetado para os usuários em função de suas subjetividades e singularidades, sem desconsiderar as normas, resoluções ou qualquer legislação existente.

Algo muito focado pela confortabilidade é a criação de espaços onde o sujeito possa se identificar e em que ele não se isole. A estada no hospital é apenas um momento de descanso para melhorar e não uma interrupção na vida. Isolar o paciente do mundo e ignorar suas práticas diárias podem causar-lhe mais incômodo.

Alguns objetos básicos da vida diária podem ser usados nos hospitais, como relógio, espelho e televisão. O relógio ajuda a acompanhar o decorrer do dia e a proximidade de momentos como o atendimento e o almoço. O espelho faz com que eles não percam a referência de si mesmos; e a televisão, além de distrair, os mantém em contato com o mundo.

3. *Saúde do Trabalhador* – A preocupação com a saúde dos trabalhadores é um assunto que vem se destacando ao longo do tempo. A necessidade de analisar a relação entre saúde e trabalho com o olhar para os trabalhadores é o eixo norteador da Saúde do Trabalhador, campo da Saúde Pública. A Saúde do Trabalhador compreende que são os trabalhadores os sujeitos que podem transformar as condições



de trabalho, a partir dos conhecimentos únicos, participando dos problemas e propondo soluções, em busca de um trabalho digno e saudável.

No campo legal, a Saúde do Trabalhador também se expressa na Lei Orgânica de Saúde (LOS) que a entende ser:

(...) um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde, assim como visa a recuperação e reabilitação de saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1991).

A Saúde do Trabalhador considera todo o processo saúde-doença dos indivíduos na relação com sua atividade profissional e também realiza estudos que buscam diagnosticar o motivo das manifestações de doenças, para agir em combate (MENDES; DIAS, 1991).

O cuidado, tão importante para o paciente, não deve ser desprezado quando o assunto é o trabalhador,

(...) pois o profissional de saúde precisa se cuidar para que possa equilibrar a razão e a emoção nos relacionamentos com os usuários e com a própria equipe de trabalho. Ser profissional de saúde não se expressa em ter conhecimento e excelência em técnicas, mas também habilidades, atitudes diferenciadas, humanizadas, éticas, respeitosas e acolhedoras. (FREITAS; LOPES, 2008, p. 53) .

Afinal, os trabalhadores de saúde são aqueles que permanecem mais tempo dentro do hospital interagindo com seus fatores e, por isso, merecem devida atenção no planejamento do ambiente.

Além disso, os trabalhadores são as pessoas que “fazem” o hospital. É o desempenho profissional deles que configura os serviços e programas prestados pela instituição. Eles devem ser os primeiros a ter a saúde garantida, para só então garantirem saúde para a população.



A CONSTITUIÇÃO DA AMBIÊNCIA HOSPITALAR COM A CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO DE COLETIVOS

Os modelos de gestão atuais contemplam muito mais a participação dos trabalhadores do que o modelo taylorista de produção. No modelo taylorista, cabia aos operários apenas a execução de pequenas tarefas, separando, assim, o trabalho manual do trabalho intelectual.

Felizmente, hoje é maior a discussão sobre a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão, o que é fundamental para a aplicação de uma nova política, já que aproxima os trabalhadores do projeto, aumentando as chances de ganhar o apoio deles.

Uma nova política tende a não ser bem recebida, já que as pessoas acabam tendo medo da nova forma de proceder. Com a ambiência não é diferente. O papel de disseminar essa política entre os sujeitos é da gestão, adotando um método que englobe a participação de todos.

Campos (2000, p. 14) sugere um método para gerir que chama de “Método da Roda”. Recebe esse nome porque o hábito de dispor pessoas em roda mostra um modo democrático de organizá-las; sem haver colocação para elevar ou subordinar alguém e criando um ambiente em que todos são iguais e todas as ideias têm a mesma importância. O Método da Roda visa uma gestão coletiva, tomando decisões conforme o desejo e a necessidade da coletividade.

Ninguém pode ficar de fora. O que vale mesmo é a visão de todos os profissionais de saúde, associada a dos trabalhadores de apoio da instituição (segurança, recepção, rouparia, manutenção, limpeza, entre outros), da população usuária dos serviços, da política e de algum outro segmento de forte influência no processo de saúde.

Não é fácil gerir pessoas, uma vez que todas elas carregam consigo seus valores, suas crenças, seus conceitos e suas experiências. Não raramente há dificuldade de aceitação de propostas, ocorrendo uma polarização de opiniões. Enquanto alguns se deixam persuadir plenamente pelos novos conceitos, sem nem ao menos pensar em desvantagens, outros são irredutíveis e se fecham em seus princípios con-

servadores, não fazendo nenhum tipo de questionamento sobre o possível êxito da proposta.

O ideal seria uma abertura com posicionamento crítico, ou seja, o sujeito se dispor a estudar a proposta e analisar seus possíveis efeitos, tanto negativos quanto positivos. “Entre a humildade passiva e a arrogância voluntarista diante do instituído há milhares de possibilidades” (CAMPOS, 2003, p. 11).

Mas em que medida a cogestão contribui com a ambiência? Se visarmos gerar um espaço confortável, é preciso anteriormente discutir os conceitos dos envolvidos; o que para eles é confortável; o que torna um ambiente agradável e prazeroso para eles etc. E só aí então será possível trabalhar as ferramentas, ajustando-as – ao máximo – para ir ao encontro dos desejos dos sujeitos que usufruirão o espaço.

O grande segredo então é mostrar os aspectos positivos da política da ambiência e ressaltar que é indispensável a colaboração de todos, com seus diversos olhares e diversas opiniões, para implantá-la e mantê-la. Com um coletivo comprometido, a instituição tem muito a ganhar. E talvez o primeiro passo para firmar uma verdadeira equipe seja reunir as pessoas em uma “roda” e em um lugar onde se sintam confortáveis e satisfeitos. Eis a ambiência!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a ambiência hospitalar uma vertente da Política Nacional de Humanização, torna-se relevante a reflexão sobre a relação do espaço físico do hospital com as subjetividades dos usuários.

Uma das ferramentas que possibilita a otimização do espaço é a Arquitetura. Este olhar promove a construção ou adaptação dos espaços hospitalares, buscando a confortabilidade e o acolhimento, primordiais na constituição da ambiência.

A divisão do espaço hospitalar em espaço edificado, espaço instalado e espaço ocupado nos favorece compreender o quanto a



edificação de saúde é complexa e possui características próprias e elementos essenciais para a saúde dos usuários.

Vale ressaltar que o espaço não é fator isolado no processo de saúde. Quando humanizado, torna-se um elemento fundamental para receber os sujeitos trabalhadores e aqueles que buscam a recuperação de uma patologia. A recuperação do paciente engloba muito mais do que profissionais, agulhas, algodão e medicamentos, porque o doente é muito mais que um corpo debilitado. O sujeito que se encontra abalado busca nos serviços de saúde um atendimento completo.

O tratamento dado ao espaço físico (ambiência) torna-se mais eficaz quando é objetivo comum do grupo de sujeitos (trabalhadores, pacientes e população local). Quando a política de gestão é imposta, é possível que as diferentes visões dos sujeitos não sejam consideradas. A diversidade de visões é fundamental para a constituição da ambiência, visto que ela busca contemplar todas as possíveis subjetividades.

Além disso, a inclusão dos sujeitos na tomada de decisão da gestão favorece o posicionamento dos mesmos a favor da ambiência, contribuindo para sua implementação e manutenção sustentável. Mas por que manutenção sustentável? Porque se os sujeitos se sentem atores protagonistas a possibilidade de este espaço se manter “vivo” passa a ser de grande interesse destes usuários, fazendo com que as dificuldades dos espaços de saúde sejam resolvidas em “roda”.

REFERÊNCIAS

ALCOLORE.ITTEN.JPG. 2008. Altura: 350 pixels. Largura: 220 pixels. 20560 bytes. Formato JPEG. Disponível em: <http://www.alcolore.it/i_colori/colori/il_colore2.htm> Acesso em: 13 dez. 08.

ALVES, L. A. dos R. *O conceito de lugar*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2004.

AZEVEDO NETO, F. de P. B. de. *Desenvolvimento de tecnologia de gestão*

para ambientes hospitalares, o caso do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, Brasília, DF, 2002.

_____. *Lei orgânica da saúde*. 2. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 3. ed., São Paulo: Hucitec, 2000.

CARTA DE OTTAWA. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

CARTA DO CARIBE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1993. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_caribe.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

CHING, F. D. K. *Dicionário visual de arquitetura*. Tradução: Julio Fisher. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

COSTI, M. *A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

FREITAS, I. B.; LOPES, S. O. F. *Perspectiva do uso da ambiência no contexto do SUS*. Trabalho de Monografia do Curso de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Cesteh/Ensp/Fiocruz, 2008.



GERGES, S. N. Y. *Ruído: fundamentos e controle*. Florianópolis: S. N. Y. Gerges, 1992.

GÓES, R. de. *Manual prático de arquitetura hospitalar*. 1. ed., São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

IIDA, I. *Ergonomia: projeto e produção*. 2. ed. rev. e ampl., São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

LATORRACA, G. (Org.). João Filgueiras Lima: Lelé. *Arquitetos brasileiros*. Lisboa: Editorial Blau Ltda.; São Paulo: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 2000.

MENDES, R.; DIAS, E. C. *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*. São Paulo, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2008.

MIQUELIN, L. C. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: Cedas, 1992.

OKAMOTO, J. *Percepção ambiental e comportamento: visão holística da percepção ambiental na arquitetura e na construção*. São Paulo: Mackenzie, 2002.

OLIVEIRA, T. A. de; RIBAS, O. T. *Sistemas de controle das condições ambientais de conforto*. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Série Saúde e Tecnologia – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Cartilha Escuta! A paisagem sonora da cidade*. Rio de Janeiro, 1998.

SANTOS FILHO, G. M. dos. *Administração e controle da qualidade ambiental*. Tradução: Gildo Magalhães dos Santos Filho. São Paulo: EPU/Edusp, 1978.

SILVA, E. G. F. *Ruído em ambiente hospitalar*. Trabalho desenvolvido para o Curso de Educação Profissional em Gestão de Saúde do Laboratório de Manutenção em equipamentos médico-hospitalares da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, K. P. Idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6. Considerações preliminares e a gênese do hospital moderno: Tenon e o Incêndio do Hôtel-Dieu de Paris. *Arquitextos*, Texto Especial nº 060. São Paulo, Portal Vitruvius, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp>>. Acesso em: 20 mar. 08.

_____. Idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 5/6. Função, um Conceito?: Função x Funcionalidade x Funcionalismo. *Arquitextos*, Texto Especial nº 095. São Paulo, Portal Vitruvius, set. 2001. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp095.asp>>. Acesso em: 20 mar. 08.

STEVENS, S. S.; WARSHOFSKY, F. *Som e audição*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1972.

TÁVORA, F. *Organização dos espaços*. Portugal: FAUP; São Paulo: Inova Artes Gráficas, 2007.

TOLEDO, E. *Ventilação natural das habitações*. Maceió: Edufal, 1999.



INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA ANÁLISE DE CAMPANHAS TELEVISIVAS DA AIDS NO BRASIL

**Ana Carolina Domingos Cassino¹
Cátia Guimarães²**

Entre o final da década de 1970 e início da de 1980, surgiu uma doença que veio ocupar um importante espaço de discussão na sociedade: a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, na sigla em inglês). Nessa época, foram notificados os primeiros casos da doença; o crescimento rápido no número de portadores foi um indicador de seu caráter infeccioso.

Levando-se em consideração sua letalidade e a sensação de impotência que a doença trouxe em um primeiro momento, rapidamente surgiu na população a necessidade de um melhor esclarecimento sobre seus efeitos, transmissão, prevenção e outras questões.

A Aids estabeleceu-se então como fato, doença e notícia, mundialmente. Sua disseminação foi acompanhada de perto pela mídia, que divulgava notícias e dados científicos acerca da doença.

Como não foi descoberta nenhuma forma de cura da Aids, e nem uma vacina que a prevenisse, tornou-se importante investir em ações preventivas que esclarecessem a sociedade, visando ao controle da epidemia. As campanhas educativas de Aids surgiram nesse contexto, em 1987, para que fosse possível informar melhor a população sobre a doença, e sobre como se prevenir.

¹Ex-aluna do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Laboratório de Biotecnologia em Saúde (2005-2008). Contato: ana.carolina.fiocruz@gmail.com.

²Coordenadora de Comunicação, Divulgação e Eventos da EPSJV. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Contato: catiaguimaraes@epsjv.fiocruz.br.

Para que as campanhas conseguissem alcançar a maior parcela da sociedade possível, foram utilizados meios de comunicação de massa na sua veiculação; a televisão foi definida como principal meio de veiculação das campanhas.

As campanhas governamentais contra a Aids transmitidas pela televisão constituem o foco deste trabalho. A escolha dessa mídia justifica-se pelo fato de a televisão, presente na grande maioria dos lares brasileiros, ser um meio importante na difusão de informação, alcançando um alto nível de abrangência da população.

Serão destacadas algumas campanhas, transmitidas em diferentes períodos, analisando suas características principais e seus reais objetivos, de acordo com as diferentes situações nas quais se inserem. O objetivo é, após estudar cada uma das campanhas separadamente, fazer comparações entre as diferentes abordagens percebidas e traçar um paralelo com as diferentes situações que a doença enfrentava no Brasil durante a veiculação de cada uma destas campanhas.

AIDS

Histórico e descrição

A Aids, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), é uma doença que se manifesta após infecção do organismo humano pelo vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), que leva a uma imunossupressão progressiva. O HIV destrói os linfócitos – células responsáveis pela defesa do organismo –, o que torna a pessoa vulnerável a infecções/doenças oportunistas, que surgem quando o sistema imunológico do indivíduo encontra-se enfraquecido. Uma infecção comum pode tornar-se fatal a uma pessoa que esteja contaminada com HIV.

O vírus pode ser adquirido durante a relação sexual, através do sêmen ou da secreção vaginal; pelo contato com sangue contaminado,

por transfusão ou por compartilhamento de seringas contaminadas, e de mãe para filho durante o período de gestação, no parto, ou ainda durante a amamentação.

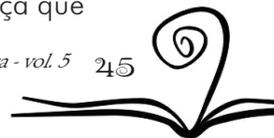
Os primeiros casos ocorreram nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central, entre os anos de 1977 e 1978. O Brasil teve sua primeira notificação em 1980, em São Paulo. Os casos passaram a ser definidos como Aids em 1982, quando se classificou a nova síndrome. Houve ainda uma adoção temporária do nome *Doença dos 5H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês)*, que mostra a percepção de que a doença atingia segmentos específicos, os chamados grupos de risco.

Nos anos seguintes, entretanto, esse conceito foi bastante criticado por reforçar o preconceito e incentivar a ideia da Aids como doença de um outro desviante, favorecendo a disseminação da doença em grupos socialmente valorizados, como adolescentes, homens, heterossexuais, mulheres casadas e, conseqüentemente, seus filhos. (CARDOSO, 2001, p. 122).

Perfil epidemiológico ao longo da história

O início da década de 1980 pode ser encarado como um período de reconhecimento da doença. Sua incidência era consideravelmente maior entre o grupo de homens homossexuais, e muitos faziam referência à doença como “câncer gay”, relacionando diretamente a Aids aos homossexuais.

Como vimos, aos poucos foram sendo notificados casos entre outros grupos, que passaram a ser denominados “grupos de risco”, incluindo os homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Entre 1980 e 1986 predominou a transmissão sexual, principalmente entre homo/bissexuais masculinos de escolaridade elevada. No ano de 1986 foi registrado o primeiro caso da doença perinatal. Tal fato contribuiu para acabar com a sensação de falsa segurança que



acometia os indivíduos que não se encontravam entre os chamados grupos de risco: a doença passou a acometer outros segmentos, não específicos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2007, já na década de 1980 foi identificada uma redução na proporção entre casos masculinos e femininos. Em 1985, por exemplo, a proporção era de 26,7:1; em 1989, esse índice caiu para 6:1. Também era significativo o número de casos entre UDI (usuários de drogas injetáveis).

Em 1987, nos Estados Unidos, foi aprovado o uso do AZT, medicamento utilizado no tratamento dos indivíduos com HIV/Aids. Essa medida contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos portadores, mas também provocou, nos movimentos sociais, o questionamento sobre os interesses da indústria farmacêutica em relação ao valor dos medicamentos (CARDOSO, 2001).

A partir da década de 1990 foi constatada uma transição do perfil epidemiológico característico dos anos 80 para um novo, que resultou na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. De acordo com dados fornecidos pela Coordenação de DST e Aids do Ministério da Saúde, em 1988, o percentual de casos registrados por transmissão heterossexual era de 6,6%; entre 1999/2000, esse percentual subiu para 39,2%, o que evidenciava a heterossexualização da doença. Os dados sobre a proporção de casos entre homens e mulheres evidenciavam também uma feminização da Aids. No início da década de 1990 ocorreu um aumento de casos notificados entre mulheres: a proporção de casos masculinos/femininos era de 5:1 (em 1985, a proporção era de 26,7:1).

Segundo dados disponíveis no site do Programa Nacional de DST/Aids, a estratificação por anos de estudo de casos tanto do sexo feminino quanto do masculino, com tipo de transmissão ignorada, revelou que durante a década de 1990 a doença passou a atingir indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos, o que mostra uma mudança em relação aos anos iniciais da epidemia, quando era registrado um maior número de casos em indivíduos que apresentavam maior escolaridade.

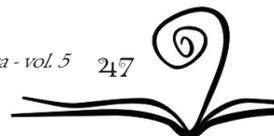
Inicialmente, a epidemia de Aids atingia principalmente as regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro. A partir do final da década de 1980, e ao longo da década de 1990, ocorreu uma disseminação para outras regiões, atingindo também o interior do país. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, durante o período que vai de 1980 a junho de 2007, foram notificados, no total, 474.273 casos de Aids no Brasil. O número de óbitos registrados no país durante esse período foi de 192.709.

Destaca-se atualmente no país o aumento da incidência em mulheres, relacionado com o comportamento sexual dos seus parceiros; e a diminuição em usuários de drogas injetáveis (UDI), consequência dos programas de redução de danos adotados pela política brasileira de combate à doença. Progressivamente, a razão entre os sexos vem diminuindo: em 2007, a relação era de 1,5:1 (H:M). Os casos concentram-se na faixa etária de 25 a 49 anos, em ambos os sexos; contudo, foi possível identificar nos últimos anos um aumento de incidência em indivíduos com mais de 50 anos. No ano de 2006, dos casos registrados em homens, 42,6% foram em heterossexuais; 27,6% em homo/bissexuais e 9,3% em UDI. Durante o mesmo ano, dos casos notificados em mulheres, 95,7% foram em heterossexuais e 3,5% em UDI.

Política Nacional de Aids

Até o ano de 1985 o Ministério da Saúde não havia se manifestado de uma forma expressiva sobre a Aids. As ações governamentais limitavam-se a investimentos na vigilância epidemiológica, em um discurso de alerta e de não discriminação, além da assistência médica. O aspecto preventivo incluía apenas palestras, distribuição de folhetos e utilização da mídia, na forma de reportagens.

Em 1985, foi fundada a primeira organização não governamental voltada para a Aids: o GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids.



Nesse período, diversos estados já possuíam programas organizados. O Ministério da Saúde, reconhecendo a dimensão e a gravidade da epidemia, criou no mesmo ano o Programa Nacional de Aids, que se consolidou em 1986 e passou a estabelecer as diretrizes iniciais para o enfrentamento da Aids no Brasil. Inicialmente, o Programa incorporou parte das iniciativas anteriormente desenvolvidas no país pelas unidades federadas e ONGs.

Ainda em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que as ideias da Reforma Sanitária foram consagradas, tornando-se parte da nova Constituição, promulgada em 1988. Nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS). E a OMS instituiu o dia primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a Aids, incentivando a prevenção e a conscientização da população.

Em 1987 foi instituída a Comissão Nacional de Controle de Aids, na qual estavam incluídos representantes do Ministério da Educação. No ano seguinte, a Comissão incluiu também membros da Ordem dos Advogados do Brasil, ministérios do Trabalho e Justiça, diversas universidades e quatro ONGs (ABIA, GGB – Grupo Gay da Bahia, Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, Centro Corsini de Investigação Imunológica). Fortalecido, o Programa passou a formular as normas e atividades a serem implantadas por todo o país. As campanhas oficiais começaram em 1987. Inicialmente, foi adotado um discurso “agressivo” com a finalidade de amedrontar a população em relação ao risco de contrair Aids. Esse discurso, que mais tarde seria revisto, também acabou por reforçar a discriminação e gerou resistência dos movimentos sociais, principalmente de ONGs defensoras dos interesses de soropositivos. Aos poucos foi surgindo a ideia de que a luta contra o preconceito e a discriminação fazia parte da prevenção, assim como a defesa da solidariedade e dos direitos das pessoas que possuísem a doença.

Essa estrutura foi totalmente alterada durante o governo Collor (1990-1992) que, marcado por um viés neoliberal, investiu na desestruturação de serviços e políticas que garantiam direitos, como saúde e educação. Durante os anos de 1990 e 1991, a Coordenação do Programa Nacional foi desestruturada, a vigilância epidemiológica ficou



comprometida e as associações com ONGs ficaram completamente fragilizadas. Houve um isolamento do Programa Nacional. Somente em 1992, com o afastamento do ministro Alcení Guerra, o PNDST/Aids se reorganizou, mas iniciou esse novo período marcado, principalmente, pela parceria com o Banco Mundial. Em 1994 foi fechado o projeto Aids I (1994-1998), com o empréstimo do Banco Mundial no valor de U\$ 160 milhões para o controle de DST/Aids no Brasil.

Apesar de a Aids ser considerada pelo Banco um problema mais de desenvolvimento do que de saúde, o empréstimo tem sido destinado ao setor saúde, tendo como eixos a prevenção da doença e a participação das ONGs. O Brasil dedicou parte dos recursos para garantir, além disso, o acesso universal dos pacientes ao tratamento antirretroviral (inicialmente com o AZT, que já estava em uso desde a década de 1980).

O projeto Aids I dedicava cerca de 40% dos recursos à prevenção e 34% ao tratamento da Aids, sendo o restante destinado ao desenvolvimento institucional, à vigilância, pesquisa e avaliação, quadro que se mostra semelhante no projeto Aids II, que se iniciou em 1998, teve seu término em 2002 e contou com um empréstimo de U\$ 165 milhões (TERTO JÚNIOR; MATTOS; PARKER, 2001). Já em 1999, havia quinze medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro, o que pode ter sido um fator que colaborou para a queda de mortalidade dos pacientes e a melhora da qualidade de vida dos portadores do vírus. O projeto Aids III (2002-2006) teve U\$ 100 milhões em empréstimo cedido pelo Banco Mundial.

Em 2003, foi realizado em Havana, Cuba, o II Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, no qual o Programa Brasileiro de DST/Aids foi premiado, recebendo US\$ 1 milhão como forma de reconhecimento das ações preventivas e assistenciais realizadas no país. O valor foi doado às ONGs que atuam junto a portadores de HIV/Aids; o Programa Nacional de DST/Aids brasileiro passou a ser considerado referência mundial.

Atualmente, as principais linhas estratégicas de prevenção para a população baseiam-se na promoção da mudança de comportamento,



através do acesso a informações sobre transmissão e prevenção; em parcerias com ONGs, que ampliam as ações preventivas e a resposta à infecção por HIV; e no estabelecimento de modelos de intervenção, considerando os diversos grupos populacionais, quanto à conscientização de sua vulnerabilidade e risco.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

O principal objeto do campo da Comunicação, entendido no seu sentido mais amplo, é o estudo das interações sociais. Em vez de se pensar na comunicação social simplesmente como uma relação entre mídia/usuários, é importante observar que, através dos meios de comunicação, ocorrem interações sociais gerais, entre setores da sociedade e entre pessoas, não sendo, portanto, uma relação bipolar restrita apenas à mídia e ao usuário diretamente.

Uma das dimensões da comunicação materializa-se nos meios de comunicação, que constituem um sistema produtor e difusor de informação na sociedade. Os meios de comunicação são próteses tecnológicas responsáveis por certo tipo de mediação das interações sociais. Os meios de comunicação de massa são responsáveis pela veiculação de informações de maior abrangência, capazes de atingir os mais variados segmentos populacionais.

A presença constante dos meios de comunicação de massa e a necessidade das mediações provenientes de tais meios tornam a sociedade “mediatizada”. Na sociedade contemporânea, a esfera midiática é capaz de influenciar no comportamento de indivíduos, de dar visibilidade aos mais variados temas e de promover determinadas ideologias no espaço social (OLIVEIRA, 1995).

De certa forma, os meios de comunicação de massa podem ser utilizados com o objetivo de auxiliar um possível processo educativo. Torna-se válido utilizá-los como instrumentos das políticas públicas de saúde, veiculando, por exemplo, campanhas preventivas de Aids. Em-

bora os meios de comunicação de massa promovam campanhas “espontâneas” de certa maneira, e matérias jornalísticas, fazendo com que a Aids esteja constantemente presente na mídia, este trabalho se ocupa apenas das campanhas governamentais, portanto apenas veiculadas – e não produzidas – pela mídia, no caso, a televisão.

O uso da televisão como um dos meios principais para a veiculação de campanhas governamentais voltadas para os interesses da saúde da população pode ser válido, a nosso ver, especialmente por tratar-se de um veículo capaz de atingir uma parcela significativa da população. Embora, naturalmente, não se tenha garantia de atingir os objetivos esperados pelas campanhas, fica facilitado o acesso das pessoas às informações contidas nessas peças que são publicitárias e informativas.

Ainda que a televisão possua alta receptividade, isso não se torna garantia de que tais campanhas obtenham o efeito desejado. Primeiro, por se tratar de um material veiculado em um curto período de tempo e que ocupa um espaço secundário na grade televisiva – o intervalo comercial. Dificilmente um indivíduo liga sua televisão com o objetivo principal de assistir a informes publicitários e produções semelhantes, que são exibidas neste espaço. Portanto, tais produções devem conter algo de atrativo que prenda o telespectador ao conteúdo que está sendo transmitido, ou seja, que detenha sua atenção àquilo que está sendo veiculado.

Considerando tudo o que foi dito até então, a televisão, como meio de comunicação de massa, pode se tornar um significativo instrumento quando se pretende veicular campanhas educativas de saúde, foco deste trabalho, se for utilizada de forma que sejam aproveitadas ao máximo as virtudes que tal meio possui.

Informações de qualidade, fornecidas no momento certo, da maneira adequada, podem constituir um importante instrumento na promoção da saúde. Contudo, é preciso compreender as limitações da comunicação e, mais especificamente, das campanhas publicitárias, que são apenas uma parte da ação necessária do Estado. Não se pode



esperar, portanto, uma relação direta entre veiculação de campanhas, informação da população e mudança de comportamento do indivíduo ou de organização do serviço e dos programas. Essas mudanças não dependem somente da apreensão de informações, mas também de todo um contexto no qual o indivíduo está inserido.

Campanhas no Brasil

A primeira iniciativa registrada de vínculo entre estratégias e meios de comunicação com o setor médico-sanitário no Brasil aconteceu em 1920, quando o sanitarista Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, destinado a associar técnicas de propaganda com educação sanitária.

As campanhas desenvolvidas nessa época utilizavam recursos comunicacionais como um meio de persuasão, na tentativa de alertar e convencer a população sobre a necessidade de cumprirem as devidas medidas sanitárias. Este modelo, que desconsiderava particularidades geográficas, culturais e sociais, adotando uma campanha única, esgotou-se nos anos 60, entendido como insuficiente tanto pelo campo da saúde quanto pelo da comunicação.

Na década de 1970, as campanhas continuaram apresentando um caráter persuasivo, porém com investigação e foco maior nas particularidades do público, e foi a partir desse momento que surgiram inovações como o “ajuste da linguagem” e a noção de “público-alvo” (PITTA, 1995).

Em 1988, com a criação do SUS, foram aprovados dispositivos constitucionais que passaram a atender às demandas sociais de controle da propaganda na área da saúde. Os encontros sobre o tema *comunicação* passaram a buscar novas relações entre o contexto de redemocratização em que o país se encontrava, o modelo de atenção à saúde expresso constitucionalmente e os novos papéis a serem desempenhados pela área de comunicação institucional (PITTA, 1995).

Na década de 1990, no campo da epidemiologia e do planejamento em saúde, foram definidas novas metodologias que passaram a considerar não somente os chamados “grupos de risco” ou “categorias de exposição”, mas também os processos mais complexos de circulação e disseminação da doença, apontando inclusive para formas singulares de intervenção. Também nesse período foi considerada a necessidade de articulação das três áreas – Comunicação, Informação e Educação em Saúde –, assumindo a impossibilidade de separação de tais campos, principalmente por se tratar de um período de convergência entre diversos tipos de tecnologias de Comunicação/Informação.

É possível constatar que a comunicação em saúde é tema constante nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Durante a 12ª CNS, que ocorreu no ano de 2003, foram discutidas questões relacionadas à informação, comunicação e educação em saúde, sendo definidas algumas diretrizes, entre elas a de

promover, através do Ministério da Saúde, campanhas preventivas de saúde, e elaborá-las de forma a considerar o perfil epidemiológico e as realidades locais, fornecendo subsídios aos municípios e estados, e utilizando-se dos meios de comunicação de massa para sua veiculação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

ANÁLISE DAS CAMPANHAS PREVENTIVAS DE AIDS

As campanhas escolhidas para serem analisadas abrangem períodos, estratégias e perfis epidemiológicos diversos envolvidos na epidemia de Aids no Brasil. Foram seguidas as mesmas etapas e adotados os mesmos critérios para a análise de cada uma delas. A seleção das campanhas e dos respectivos vídeos foi orientada por público-alvo, na tentativa de analisá-las a partir do perfil epidemiológico da doença no período de veiculação da campanha.

A princípio, foi feita uma descrição da campanha, indicando a que público se pretendeu atingir. As cenas foram descritas, identifican-



do as formas do discurso (que variou de uma conversa a um discurso científico) e a maneira como foi transmitida a ideia de prevenção, isto é, as medidas sugeridas pela campanha para evitar a contaminação pelo vírus HIV.

Informações mais específicas que pudessem ser relevantes, como as crenças e os valores “morais” expostos nos vídeos, o tratamento adotado com o público, a adequação da linguagem, além de outros elementos importantes presentes nos vídeos, também foram considerados.

Em seguida, a campanha foi situada historicamente, lembrando também o perfil epidemiológico da Aids durante o período em que a campanha foi veiculada, para que fosse possível estabelecer alguma relação entre a situação da epidemia no país e a elaboração de uma certa campanha em determinado período.

Campanhas

Campanha nº 1: de 1987 (31 segundos)

Slogan: “AIDS, você precisa saber evitar.”

Transcrição do áudio: “O vício da droga é uma agressão para a saúde, e a agulha da seringa que passa de mão em mão pode estar contaminada com o vírus da Aids. Se você não está conseguindo largar o vício, procure ajuda. Evite seringas usadas, assim pelo menos de Aids você não morre.”

Este é apenas um dos nove vídeos que fazem parte da primeira campanha de prevenção à Aids no Brasil, veiculada no ano de 1987. É direcionado, como visto, aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Utiliza-se de narrativa em *off*, ou seja, não apresenta nenhum diálogo em cena, e sim uma sequência de imagens acompanhadas pelo discurso – antes transcrito – de um narrador, que fornece informações acerca da possibilidade de contrair Aids quando se compartilham seringas ao fazer uso de drogas injetáveis.



A cena se passa em um banheiro, onde os UDIs fazem uso das drogas. Primeiramente, um usuário entra e utiliza uma seringa que já se encontrava em um armário no banheiro. Logo depois entra uma segunda pessoa e então o primeiro usuário passa a seringa para este. Ou seja, a cena mostra o comportamento considerado de risco, acompanhado da fala do narrador, que explica exatamente o porquê da existência do risco.

Ao longo do vídeo, é mencionado o prejuízo à saúde ocasionado pelo vício das drogas, mas o destaque principal é dado ao risco de contrair Aids por meio de tal comportamento.

Há uma clara preocupação em elaborar um discurso de maneira didática, explicando e orientando de forma simples e objetiva como uma pessoa pertencente a um suposto grupo de risco deve agir frente à possibilidade de adquirir o vírus. Trata-se de um discurso direto, com linguagem simples e acessível.

Este modelo persiste em todos os vídeos dessa campanha. Além dos vídeos que se referem mais especificamente à utilização de drogas – que totalizam dois –, há também os que se dirigem à população em geral, ressaltando, por exemplo, os cuidados que se deveria ter ao receber uma transfusão de sangue (que pode ser um simples pedido de teste anti-HIV no sangue que será utilizado na transfusão) e a importância do ato de doar sangue, enfatizando sempre que é importante exigir o uso de seringas descartáveis/esterilizadas durante a doação. Há, ainda, um vídeo pertencente a esta campanha que destaca a importância do apoio ao portador de HIV, de forma a enfatizar que, por meio de carinho, não se pega Aids.

Retornando ao foco da questão que está sendo problematizada, no ano de 1986 foram registrados no total 56 casos de Aids em UDI (47 em indivíduos do sexo masculino e 9 de sexo feminino), de acordo com o Boletim Epidemiológico de dezembro de 1999/junho de 2000, totalizando, em média, 4,7% dos casos de Aids registrados até então.

A campanha aqui descrita é veiculada na televisão no ano de 1987, quando o número de notificações de indivíduos contaminados



pelo uso de drogas injetáveis cresceu (326 casos), causando um consequente aumento na porcentagem de contração dessa categoria de exposição – representando, agora, 11,6% dos casos.

De acordo com esses dados, é visível o crescimento da incidência da Aids, durante o final da década de 1980, entre esse determinado “grupo”. Tal crescimento, portanto, pode ter sido o motivo maior para a elaboração de uma campanha que incluísse informações destinadas a indivíduos que apresentassem comportamentos característicos desse grupo.

O vídeo aqui exposto ilustra essa determinação: direciona-se claramente a quem possui o vício das drogas (no caso, injetáveis), explicando de uma maneira simples e direta como tal comportamento pode ser perigoso para a garantia de sua saúde.

A questão principal tratada no vídeo é o compartilhamento de seringas, apresentado como principal fator de risco. Adotando uma política de “redução de danos”, a estratégia da campanha não é investir numa mudança radical do comportamento do público a que se dirige. Em outras palavras, o foco da campanha não é a de que o usuário de drogas abandone o vício, mas apenas que, quando for fazer uso de drogas que necessitem do uso de seringas, que pelo menos estas não sejam compartilhadas, optando pelo uso de seringas devidamente esterilizadas ou descartáveis.

“Evite seringas usadas, assim pelo menos de AIDS você não morre.” Esta frase traduz exatamente a intenção da campanha. O indivíduo, como usuário de drogas, põe sua vida em risco, pois a droga é prejudicial à sua saúde e pode levá-lo à morte. Aqui, o vício é encarado como algo mais complicado de ser superado; há uma espécie de conformismo, ou tolerância, presente nesta fala ao tratar de tal assunto. Então, a mensagem passa a ideia de que, se o indivíduo não se mostra capaz de superar o próprio vício, que tenha ao menos consciência ao fazer uso das drogas, evitando outra ameaça consequente de suas atitudes: a Aids.

Durante a fala do narrador, são utilizadas palavras de forte impacto, como “vício”, “saúde”, “Aids” e “morre”. O vídeo preocupa-se em “conscientizar” o público sobre sua responsabilidade individual na prevenção. O usuário de drogas é responsabilizado pelos seus atos – se ele contrair a Aids, será por conta do seu comportamento; portanto, cabe a ele se prevenir.

Os dados epidemiológicos dos anos seguintes a esta campanha mostram um crescimento no número de casos entre UDIs, contrariando as possíveis expectativas que havia em torno de tal ação. De acordo com o Boletim Epidemiológico de dezembro de 1999/junho de 2000, no ano de 1988, posterior ao ano de veiculação da campanha aqui exposta, dos casos de Aids notificados no Brasil, cerca de 16,9% correspondiam a UDI. Esse índice entrou em crescimento constante nos anos que se seguiram, alcançando 19,3% em 1989 e 23,9% em 1990.

Como visto, a campanha veiculada em 1987 não fez com que caísse o número de casos notificados entre o público que procurou atingir. Persistiu o aumento durante o final da década de 1980 e início da de 1990, passando então a apenas estabilizar-se até o final dos anos 90, quando finalmente começou a declinar.

Campanha nº 2: de 1998 (quatro vídeos, totalizando dois minutos e três segundos)

Slogan: “Seja viva, evite a AIDS.”

A campanha, veiculada na década de 1990, contou com quatro vídeos. Três deles organizados na forma de pergunta e resposta, em que diversas mulheres fazem perguntas sobre formas de contrair Aids a um narrador, do sexo masculino, que responde “Pega” ou “Não Pega”, de acordo com a pergunta. O vídeo restante não se encaixa nesse modelo, mas também tem a fala de mulheres e de um narrador.

Diferente do vídeo anteriormente descrito, da década de 1980, que estava incluído em uma campanha que continha produções direcionadas a diversos públicos, os vídeos desta campanha direcionam-se a um público comum; desta forma, é válido fazer uma análise dos quatro vídeos em conjunto.



Apesar de essa campanha fornecer informações sobre formas de contágio gerais, que são relevantes para toda a população, a campanha é direcionada ao público feminino, o que fica claro a partir do *slogan*: “Seja viva, evite a AIDS.”

A forma como três dos vídeos se organizam (pergunta e resposta) transmite a ideia de que as mulheres devem mostrar interesse sobre comportamentos que possam oferecer riscos à sua saúde; o discurso ressalta a importância da preocupação individual. Não há uma vítima da Aids: as mulheres devem procurar saber sobre as formas de contágio e se prevenir da maneira que for possível. Portanto, é da responsabilidade da mulher estar ciente e prevenir-se.

Apesar de as mulheres realizarem as perguntas, a voz principal é a do narrador: é ele quem fornece resposta às questões levantadas, ou seja, a informação correta resulta da sua resposta. Sua fala é acompanhada de uma mensagem que aparece no vídeo – “PEGA” ou “NÃO PEGA”, que se encontra sobre um fundo verde ou vermelho, respectivamente.

A principal voz que enuncia representa o campo governamental, que é responsável, portanto, por fornecer as informações devidas sobre as formas de contágio da Aids. Neste caso, o narrador representa este papel.

As cores verde e vermelho também podem vir a caracterizar-se como um elemento que traz significado quando acompanha as falas do narrador: o verde representando algo liberado, permitido, e o vermelho sugerindo precaução em relação a alguma coisa.

A campanha preocupou-se, entre outras coisas, em desmistificar algumas crenças populares. Algumas perguntas realizadas pelas mulheres, seguidas das respostas do narrador, em *off*, ilustram esse objetivo. Vejamos um exemplo:

Pergunta: – “No aperto de mão, ou no abraço, será que eu pego AIDS?”

Resposta: – “Não pega.”



Os vídeos esclarecem o público sobre certos comportamentos que não oferecem risco algum, o que poderia ajudar na questão do preconceito, evitando atitudes discriminatórias por parte da população, como no caso do abraço, ou do aperto de mão, gestos que não representam nenhum tipo de risco.

Outro aspecto que merece destaque nessa campanha é o modo como a informação foi transmitida. Nos vídeos estruturados sob a forma de pergunta e resposta não há referência direta sobre formas de prevenção:

Pergunta: – “Por sexo oral, a gente pega?”

Resposta: “Pega.”

As falas se limitam às formas de transmissão, como pode ser previsto pela maneira como os vídeos são iniciados, com a seguinte fala do narrador: “Saiba como se pega AIDS.” O vídeo disponibiliza informações acerca das mais variadas formas de se contrair o vírus, mas em momento algum faz menção direta aos meios disponíveis para a prevenção.

Desta forma, cabe ao público concluir que, se através dos mais diversos tipos de relações sexuais é possível pegar Aids, é importante utilizar o preservativo; ou então que se devem usar seringas descartáveis para evitar contato com o sangue contaminado, que transmite o vírus. Portanto, é necessária uma interpretação por parte do receptor das informações disponibilizadas. Em nenhum momento é dito “Use camisinha”, por exemplo. Essa atitude deve ser, de certa forma, deduzida por quem está assistindo ao vídeo – espera-se, então, que o subentendido seja compreendido.

Este aspecto encontra-se presente nos três vídeos que se estruturam da maneira que foi descrita. O vídeo restante já não se encaixa completamente nesse modelo.

Esse vídeo inicia-se com a seguinte pergunta, feita pelo narrador:

– “Você usa camisinha?”



Através dessa pergunta é possível verificar que essa produção é diferente das outras. Enquanto as outras se estruturam sob a forma de pergunta e resposta, esta questiona diretamente o uso da camisinha nas relações sexuais, o que sugere de uma forma mais clara que o uso do preservativo tem determinada importância. Nesse vídeo, o tema torna-se mais delicado. A partir do momento que se volta para o público feminino, a campanha abrange todas as mulheres, solteiras ou casadas, e é nesse ponto que se encontra uma difícil questão: como incentivar mulheres casadas, ou com parceiros fixos, a usarem o preservativo, se teoricamente elas acreditam na fidelidade de seus parceiros? Isso é ilustrado na própria campanha, através das falas das mulheres, após a pergunta feita pelo narrador:

- “Mas eu sou casada, preciso?”
- “Ele disse que eu sou a única.”
- “Ele diz que é besteira eu usar camisinha.”

A confiança em seus parceiros é um fator que faz com que as mulheres abram mão do uso do preservativo. A peça publicitária quer mostrar que, embora o casamento não seja condição suficiente para esse comportamento (fidelidade e ausência de risco de contaminação por outros meios), muitos casais que consideram sua relação estável não fazem uso da camisinha. De fato, para a mulher, pode se tornar uma situação complicada exigir que o marido ou o companheiro use a camisinha, a partir do momento em que elas, ao tomarem esta atitude, possivelmente irão transmitir a impressão de dúvida quanto à fidelidade de seus parceiros. Outra possibilidade é de que o homem use camisinha desconfiando, de certo modo, da infidelidade da mulher.

Porém, uma campanha que incentivava tal atitude provavelmente não foi elaborada por acaso. Como o próprio narrador diz, durante este vídeo: “Nos últimos anos, as mulheres tornaram-se um dos grupos mais atingidos pelo vírus da AIDS.”

Na década de 1990, como foi dito em seção anterior, houve uma feminização da epidemia de Aids no Brasil. Os dados epidemiológicos



da época, portanto, devem ter sido o maior incentivo para a produção de uma campanha que se dirigisse ao público feminino.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, a razão de casos entre homens e mulheres vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1987, a razão H:M era de 9:1. No ano de 1998, quando a campanha aqui descrita estava sendo veiculada, a razão já era expressivamente menor: 1,9:1.

Por esse motivo, tornou-se importante desenvolver alguma iniciativa que se voltasse para o público feminino. Nos anos seguintes, essa razão estabilizou-se, e permaneceu em uma média de 1,5:1 (H:M).

Segundo Janine Cardoso (2001), o polêmico filme que questiona sobre o uso da camisinha:

(...) foi suspenso, segundo consta, por problemas na assinatura institucional, que não mencionava o SUS, como nos outros três filmes. Além de ser um problema de solução muito fácil e imediata, o filme trazia outras particularidades: mencionava, explicitamente, a infidelidade conjugal, enquanto as mulheres em cena mostravam-se extremamente crédulas na fidelidade de seus parceiros. (CARDOSO, 2001, p. 99).

Campanha n° 3: de 2002 (35 segundos)

Slogan: "Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças."

Esta é uma campanha inédita lançada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde direcionada aos HSH – Homens que fazem Sexo com Homens.

A campanha teve um filme, veiculado pela televisão, além de filipetas, cartazes e anúncios em mídia impressa, tendo como principal objetivo estimular o uso de preservativo e gel lubrificante nas relações sexuais entre homens. "*Camisinha e lubrificante à base de água. Seus dois parceiros fixos*" é uma mensagem presente em um dos cartazes incluídos na campanha.



O vídeo mostra o caso de um jovem homossexual, que aparentemente brigou com seu parceiro, e que tem total apoio de sua família quanto à sua opção sexual. O filme se passa na casa do jovem; os personagens presentes no filme são: o jovem, seus pais, uma menina, supostamente sua irmã, e o rapaz que provavelmente era seu parceiro, e que vai à sua procura. A menina apenas observa parte do diálogo, que ocorre entre os outros personagens.

O rapaz nem entra na casa; o pai fecha a porta e vai ao encontro do filho, que está junto da mãe, em outro cômodo da casa.

Jovem: – “E aí, pai, ele foi embora?”

O pai afirma que sim através de um gesto com a cabeça.

Mãe: – “Filho, você vai encontrar um rapaz que te mereça.”

Narrador (*off*): Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças.

O vídeo mostra claramente que os pais (em especial a mãe, através da sua fala) adotam uma posição de aceitação em relação à opção sexual do filho. Portanto, o filme não se limita só à ideia de prevenção. O narrador menciona, através de sua fala ao final, o uso da camisinha, mas ao mesmo tempo reforça a ideia de que respeitar as diferenças também é importante.

Portanto, esse filme não se trata de uma produção que fala somente para os homossexuais. Além disso, fala sobre os homossexuais, a partir do momento em que tenta romper com o preconceito presente na sociedade. Isso quer dizer que, apesar de a campanha ter como foco principal os homossexuais, através de diversas produções além desse filme, o vídeo em si trata da questão de uma forma mais ampla, questionando o preconceito e a discriminação que ainda existem na população brasileira.

Além da ênfase que é dada ao uso de preservativo, o discurso também investe na diminuição dessa discriminação sofrida pelos HSH, tentando promover a aceitação das diferenças. “Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças.” Através desta frase, slogan da campanha, foram ressaltados os dois aspectos fundamentais aqui

citados: a prevenção contra a Aids e outras DST a partir do uso do preservativo e a aceitação das diferenças por parte da população.

Uma situação polêmica foi apresentada: o apoio familiar ao homossexual, uma questão ainda delicada que diz respeito aos valores morais pertencentes à família. Muitos pais ainda não aceitam tal comportamento dos filhos; a campanha, ao mostrar um bom relacionamento entre o filho homossexual e o restante da família, aparentemente procura incentivar a aceitação da opção do filho, respeitando suas “diferenças”.

Esta ideia não se limita apenas aos familiares dos HSH, mas também à sociedade em geral. O preconceito ainda encontra-se presente na sociedade e a campanha visa sua diminuição.

Por tudo o que foi dito até então, é possível concluir que a campanha não se dirige somente aos homossexuais; acaba atingindo o restante da população. A discriminação por parte da sociedade pode constituir um possível fator que contribua para o pouco acesso dos HSH às fontes de informação disponíveis e aos serviços de saúde. Ou seja, um comportamento preconceituoso por parte da sociedade pode contribuir para um distanciamento entre os homossexuais e as informações acerca do HIV, o que torna esse segmento mais vulnerável ao HIV.

Aparentemente, a campanha não foi elaborada com base em um possível aumento nos casos de Aids entre HSH. No início da epidemia, nos anos 80, segundo os dados oficiais, os homossexuais eram os mais atingidos pela doença. Porém, na época em que este vídeo foi veiculado, o quadro não era esse: segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, dos casos registrados em homens no ano de 2002, 17,5% foram entre homossexuais, enquanto 39,2% foram notificados em heterossexuais. Ou seja, não havia uma mudança radical na epidemiologia que indicasse um aumento significativo nos casos de Aids entre HSH; ao contrário, a porcentagem de casos entre esse “grupo” manteve-se constante enquanto o índice em heterossexuais aumentava.

Portanto, esta campanha teve como foco os homossexuais não por conta de um possível aumento no número de casos, mas sim pela



importância desse grupo na dinâmica da Aids no Brasil ao longo da trajetória da epidemia. É importante uma campanha direcionada a esse público que, além de ainda sofrer discriminação por sua opção sexual, por muitos ainda é relacionado com o vírus HIV.

Campanha nº 4: de 2003 (30 segundos)

Slogan: “Mostre que você cresceu: use camisinha.”

Esta é uma campanha de carnaval lançada pelo Ministério da Saúde, protagonizada pela cantora Kelly Key, que procura alcançar adolescentes do sexo feminino, entre 13 e 19 anos, incentivando o uso do preservativo na relação sexual. Foram realizadas produções para o rádio e para a televisão.

A cena do vídeo produzido se passa em uma farmácia, onde a cantora entra à procura de camisinhas. Dois balconistas percebem quem entrou no local e começam uma conversa, tentando deduzir o que ela estaria procurando. Sugerem que ela vai comprar creme, xampu ou batom.

Em nenhum momento passa pela cabeça dos balconistas que ela está procurando preservativos, até que, depois de procurar e não conseguir encontrar, Kelly Key se dirige a eles:

– “Vem cá, onde vocês colocam as camisinhas, hein?”

A pergunta surpreende os balconistas, que logo indicam onde estão as camisinhas. A atitude da cantora, sua iniciativa em procurar por preservativos, foi o que causou essa reação nos dois homens.

A campanha visou estimular nas jovens o uso de camisinha nas relações sexuais e, mais ainda, que elas não tivessem vergonha de tomar a iniciativa de comprar e exigir que o parceiro usasse. A responsabilidade também é da mulher, não só do homem; portanto, ambos deveriam, como devem, preocupar-se com a prevenção.

A campanha de carnaval, através deste vídeo, utilizou o diálogo informal como uma forma de atingir mais facilmente o público ao qual é voltado. No final, entra a fala do narrador:



– “Mostre que você cresceu e sabe o que quer. Neste Carnaval, use camisinha.”

A voz do narrador representa o Ministério da Saúde, que complementa e reafirma o que foi informado através da cena na farmácia, forma mais ilustrativa de mostrar para o público a importância do uso do preservativo.

A utilização da figura de uma pessoa famosa também chama atenção para a campanha, inclusive contribuindo para o seu propósito, já que a cantora Kelly Key tem seu trabalho voltado para o público jovem, o que pode colaborar para uma melhor adesão à ideia de mulher independente transmitida por ela, tanto na campanha quanto em suas letras de música.

A campanha é uma tentativa de quebrar o estereótipo machista, segundo o qual a mulher é identificada como fútil e tem uma função passiva; há uma crítica a este preconceito ao tentar transmitir a ideia de que a mulher pode ter protagonismo na sua vida sexual. O vídeo sugere que, em vez de esperar uma atitude do homem, a mulher deva fazer a sua parte e não encarar a preocupação com o uso de preservativo como uma questão referente apenas ao sexo masculino, mas sim como uma responsabilidade que também lhe pertence.

Dados disponíveis no Boletim Epidemiológico de 2007 apontam, durante o período em que esta campanha foi veiculada, uma inversão na razão de sexo entre jovens de 13 a 19 anos, considerando a predominância geral de casos em indivíduos do sexo masculino. No ano de 2003, a razão era cerca de 0,7:1 (H:M), ou seja, 7 homens para cada 10 mulheres infectadas. Nos anos seguintes, o número de casos notificados caiu em ambos os sexos, mas a razão entre eles permaneceu estável.

Esta campanha serviu como alerta para as mulheres jovens que se encaixam nesse perfil epidemiológico; o fato de ser uma campanha de carnaval ressalta ainda a importância de haver preocupação com o uso de preservativos em um período em que os órgãos que promovem as campanhas contra a Aids parecem considerar como de promiscuidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Aids ainda é um tema delicado e complexo. Ao elaborar uma campanha educativa de prevenção da doença, é necessário refletir sobre diversos fatores que também atuam sobre a sociedade.

Esta é uma doença complexa não apenas no aspecto científico e da saúde; mostra-se também um tema complicado quando ultrapassa esse campo e se encontra presente no imaginário da população, que apresenta uma grande variedade de imagens acerca da Aids.

O fato de ser uma doença incurável até então, causa de um número muito grande de mortes no mundo inteiro, cria diversas percepções na população, como o medo, a sensação de impotência frente à epidemia, o preconceito contra os portadores do vírus HIV e, às vezes, cria também a falsa sensação de que a doença nunca afetará a si mesmo.

A heterogeneidade da população torna complexa a criação de uma campanha direcionada para o público em geral, em função da dificuldade de se organizar informação, conteúdo e linguagem adequados e com potencial de apelo a segmentos tão diferentes da população.

Aparentemente, é essa diversidade populacional que influencia a elaboração de campanhas voltadas para públicos específicos, como foi visto durante a análise das campanhas televisivas escolhidas. Aliado a isso, muitas vezes se considerou o perfil epidemiológico da Aids no Brasil durante o período de veiculação da campanha, para que de certa forma a campanha se adequasse ao quadro que a epidemia apresentava na época.

As quatro campanhas aqui analisadas diferenciam-se muito entre si: cada uma direcionada a um público específico, produzidas em diferentes épocas, com linguagens diferentes, algumas mais esclarecedoras do que outras, enfim, é visível a inexistência de um modelo a ser seguido quando se pensa em elaborar uma campanha preventiva de Aids, a partir do momento em que cada campanha lida com situações e públicos diferentes.



É importante ressaltar, no entanto, que não se procurou, neste trabalho, identificar ou analisar o quanto as campanhas influenciaram a mudança nos índices de contaminação, morte ou mesmo no perfil epidemiológico da doença ao longo do tempo. Até porque, como dissemos anteriormente, qualquer tentativa “fria” de medir o impacto da comunicação em questões que dizem respeito a políticas serão sempre, no mínimo, limitadas. Tentamos, então, analisar as campanhas não pelo que elas produziram como efeito – embora tenhamos inserido no texto algumas informações a esse respeito –, mas sim pelo que elas tentavam “atacar”, a partir dos dados científicos e epidemiológicos que existiam antes de sua elaboração e veiculação. Não se pode, portanto, medir a eficácia de uma campanha contra a Aids; a possível mudança de comportamento esperada pode não ser um resultado relacionado apenas à veiculação de uma campanha educativa. Uma queda ou um aumento no número de casos notificados não pode ser atribuído a uma eficácia ou ineficácia de certa campanha, respectivamente.

Basear-se em dados estatísticos ao elaborar uma campanha é importante, mas não o suficiente, quando se considera a complexidade da epidemia e de sua disseminação. A realização de uma campanha para um segmento específico é importante, mas também é interessante quando o restante da sociedade assiste a uma campanha como essa e entende as formas de prevenção, principalmente o uso da camisinha, que é válido para qualquer tipo de pessoa. Por isso, uma campanha bem elaborada consegue informar além do público considerado foco.

A televisão, como visto, serviu como um importante meio de veiculação dos vídeos pertencentes às campanhas governamentais. O papel da televisão, especificamente, não foi o foco deste trabalho, mas através dele foi possível perceber que a televisão, ao mesmo tempo que serve de veículo para as campanhas do Ministério da Saúde, também disponibiliza diferentes espécies de informação acerca da Aids, através de noticiários e outras matérias jornalísticas, que contribuem para a formação de símbolos e imagens relacionadas à doença no imaginário da população.



Por todos esses fatores aqui citados, é possível perceber que não é tão simples quanto parece elaborar uma campanha educativa. Existe todo um contexto a ser considerado, e mesmo assim não existe a garantia de sucesso quando se lança uma campanha.

Não existem meios de saber se as campanhas são a causa maior da mudança de comportamento em relação à Aids. Tal doença mostrou-se, e ainda se mostra, algo muito complexo, que envolve muitos fatores que vão além do que foi tratado aqui. As campanhas se encaixam nas medidas que foram tomadas, desde o início, na tentativa de atenuar os impactos causados pela epidemia.

REFERÊNCIAS

BARATA, G. F. *A primeira década de Aids no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*. Dissertação de Pós-Graduação na Universidade de São Paulo, 2006.

BELLONI, M. L. *O que é mídia-educação*. Campinas : Autores Associados, 2005.

BRAGA, J. L.; CALAZANS, R. *Comunicação e educação: questões delicadas na interface*. São Paulo: Hacker, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de comunicação, informação e informática em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

BRETÁS, B. Comunicação mediática no processo ensino/aprendizagem. In: COSTA, J. W. da; OLIVEIRA, M. A. M. (Orgs.). *Novas linguagens e novas tecnologias. Educação e sociabilidade*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 2, mar.-abr. 2001.



BYDLOWSKI, C. R.; PEREIRA, I. M. T.; WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan.-mar., 2008.

CARDOSO, J. M. *Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas de Aids veiculadas pela televisão (1987-1999)*. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado), UFRJ, 2001.

CASTILHO, E. A. de; JÚNIOR, A. L. R. A epidemia de Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 321-317, jul.-ago. 2004.

FILHO, C. M. *Televisão*. São Paulo: Scipione, 1994. (Série Ponto de Apoio).

JANES, M. W. *A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na Grande de São Paulo*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2007.

MOREIRA, A. da S. Cultura midiática e educação infantil. *Educação e sociedade*, Campinas, São Paulo, v. 24, n. 85, dez. 2003.

NATANSOHN, G. Comunicação & saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, v. 6, n. 2, maio-ago. 2004.

OLIVEIRA, V. C. de. As mídias e a mitificação das tecnologias em saúde. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação. Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1995.

PITTA, A. M. da R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: _____ (Org.). *Saúde & comunicação. Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1995.

_____; MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Núcleo de Comunicação da Fundação UNI, Botucatu : Fundação UNI, v. 4, n. 7, 2000.



PORTO, T. M. E. As tecnologias de comunicação e informação na escola; relações possíveis... relações construídas. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 31, jan.-abril, 2006.

SOUZA, L. C. C. de F. e. Educação e publicidade. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 14, n. 2, abr.-jun. 2000.

TEIXEIRA, P. R.. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar, 1997.

TERTO JÚNIOR, V.; MATTOS, R. A. de; PARKER, R. As estratégias do banco mundial e a resposta à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, n. 1, 2001. Coleção ABIA, políticas públicas e Aids.

VAZ, P.; POMBO, M.; FANTINATO, M.; PECLY, G. O fator de risco na mídia. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 145-153, jan.-abr. 2007.

VAZ, P. R. G. Corpo e risco. *Forum media, Viseu*, v. 1, n. 1, p. 101-111, 1999.

Sites visitados:

www.aidsbrasil.com, acesso em: set. 2008.

www.aids.gov.br, acesso em: set. 2008.



ESPAÇO PÚBLICO NA REFORMA PASSOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE E GEOGRAFIA

**Carla Monteiro Sales¹
Maurício Monken²**

ASSOCIANDO ESPAÇO PÚBLICO, CIDADANIA E SAÚDE

A um olhar superficial, saúde e espaço público podem apresentar-se como esferas de reduzida ou nenhuma associação. É preciso, então, destrinchar e aprofundar os entendimentos desses dois conceitos para, assim, verificarmos os pontos de associação que se evidenciam.

O espaço é o conceito primordial da ciência geográfica. Mesmo sendo difícil a sua conceituação e delimitação de objeto, tem-se aceitado a noção da Geografia como a ciência interessada no estudo do espaço, como ele influencia e é influenciado pelas relações sociais, econômicas, políticas e culturais, e como estas adquirem concretude espacial. Desse modo, o espaço sofrerá variações conforme as relações que os caracterizam. Exemplificamos através do conceito de território, que é entendido como a porção espacial que é evidenciada, caracterizada e individualizada pelas relações de poder que ali se estabelecem³.

¹Ex-aluna do Curso de Educação Profissional de Nível Técnico em Laboratório de Bodiagnóstico em Saúde (2005-2008) e estudante de Geografia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Contato: carla.msales@gmail.com.

²Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz, 2003). Contato: mmonken@epsjv.fiocruz.br.

³Esta é uma noção básica e superficial do conceito de território. Não nos cabe estendermo-nos no debate epistemológico sobre tal conceito. Para maior aprofundamento do tema, sugerimos leitura de HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. 2. ed. rev., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006; e SOUZA, M. L. de. *O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento*. In: CASTRO, I.; GOMES, P.C.; CORREA, R.L. (Org.). *Geografia: conceitos e temas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.



O fato é que para qualquer ação ganhar concretude é preciso estar localizada em uma base social, por isso o espaço é um fator importante nos entendimentos sociais, uma vez que “uma sociedade só se torna concreta através de seu espaço, do espaço que ela produz e, por outro lado, o espaço só é inteligível através da sociedade” (CORRÊA, 1995, p. 26). Uma evidente espacialidade formada pelas ações do estado social é o espaço público, distinguido pelo intuito da convivência social. Ou seja, é o espaço de acesso a todos os componentes de uma sociedade para que ocorram o encontro, a reunião e o debate. É o espaço do cidadão, do agir político, da confluência, da sociabilidade.

Alguns entendimentos sobre espaço público caíram em uso de senso comum e é preciso desfazer a confusão dos entendimentos que passaram a expressar. A associação do espaço público com todo aquele espaço que “não é privado” é demasiadamente simplificada e empobrecedora, não contemplando a estruturação própria do termo, mas fazendo-o depender do enunciado oposto. Outro errôneo juízo é entender o espaço público como área juridicamente delimitada para tal; entretanto, teríamos aí configurada uma inversão de procedimentos, onde só se tem um objeto a partir da lei que o define, quando na verdade é necessária a existência desse objeto para fundar uma lei sobre o mesmo. Por último, destacamos ainda a compreensão do espaço público como caracterizado pelo livre acesso. Entretanto, espaços coletivos e espaços comuns também apresentam livre acesso, portanto são outros fatores que tornam possível a individualização do espaço público.

Baseada nas ideias de Monnet, Gomes (2002, p. 170) irá nos fornecer um resumo que expressa esses fatores presentes na definição de espaço público:

- as práticas sociais e comerciais que designam e produzem certos lugares como espaços públicos;
- as normas jurídicas que definem legalmente o espaço público e o campo de competência das autoridades;
- o corpo de representações do espaço público, de que resultam o



quadro cultural, as significações, as práticas, as regulamentações e a ação política;
– as alianças entre os agentes que determinam as condições de acessibilidade dos espaços.

Com o resumo exposto, muitas considerações podem ser feitas. Primeiramente, notamos que os entendimentos errôneos que anteriormente destacamos podem não ser completamente equivocados, mas são simplificações exacerbadas que, quando tomadas como suficientes em si próprias, não contemplam a gama de entendimentos acerca da categoria de espaço público. Por segundo, percebe-se que o espaço público não se limita a uma esfera física e mensurável; ele abarca entidades morais, esferas de ação social e domínios culturais. Portanto, o estudo do espaço público requer uma dupla abordagem, que busque a associação entre a disposição física dos elementos, ações ou práticas sociais que ali têm lugar.

Destarte, consideramos o olhar da Geografia como mais apropriado nessa associação entre físico e imaterial, mas ainda assim é necessário circular pelas contribuições que diversas ciências fazem ao entendimento do espaço público. A primeira que buscamos elucidar é a do direito público: nessa esfera temos que os interesses defendidos devem ser os coletivos, o que ocasiona relações de subordinação, seja pela relação entre os indivíduos, seja pela autoridade do Estado na regulação do espaço regido por esse direito (ONO, 2004). Essa noção, espelhada na dimensão espacial, culminará no aparecimento de espaços diferenciados (até mesmo opostos) por consequência do “tipo de direito” que se instala. Assim, quando o direito público vigora em certo espaço, este terá práticas e possibilidades previstas pelo referido direito.

Outra possível ótica no debate sobre o espaço público é a da sociabilidade. Esta é entendida como a qualidade do ser sociável, como a tendência à vida em associação de pessoas por um elemento comum, como uma possibilidade de nutrir-se da copresença através de um código de condutas, de práticas socialmente significativas, para que não



permitam prejuízos nos encontros (GOMES, 2002). Para tal interação social de indivíduos, deve existir um espaço que atenda aos mesmos preceitos da sociabilidade. Aparece, assim, o espaço público, que, como a sociabilidade, não teria “pré-requisitos” ou atributos, como riqueza, posição social ou outros para sua formação e concretude.

Adiante, temos as contribuições trazidas pela ótica da esfera pública, aquilo que abrange tudo o que vêm ao público, que é disponibilizado aos olhos e ouvidos. Cabe destacar alguns princípios fundamentais da esfera pública defendidos por Serpa (2008), baseado nas proposições de Habermas, que são: a reversibilidade dos pontos de vista a partir dos quais os participantes apresentam seus argumentos, a universalidade que pressupõe a inclusão de todos os concernidos e a reciprocidade que se deve ter ao reconhecer igualmente as pretensões de cada participante. Percebemos, com isso, que a esfera pública possui regimentos para que a exposição que proporciona não seja maléfica. Ao mesmo tempo, demanda uma organização espacial específica, para que haja “espaço apropriado para o aparecimento, a visibilidade, o forjar de uma realidade comum, um mundo comum” (GOMES, 2002, p. 176).

Por conseguinte, elucidamos a ótica político-social, que enxerga o espaço público como “simultaneamente o lugar onde os problemas se apresentam, tomam forma, ganham dimensão política e, simultaneamente, são resolvidos” (GOMES, 2002, p. 160). A afirmativa expressa a importância da associação da questão social com a questão espacial, pois o discurso político tem uma localidade apropriada para tornar-se público.

Com todo o exposto, podemos fazer a consideração de que o espaço público seria visto como representatividade de algumas ações sociais, e principalmente aquelas ligadas ao discurso público, à postura de igualdade e à cidadania. O espaço público é o pano de fundo da cena pública, ou seja, da “representação do homem público e a presentificação da ação cidadã, construindo e exercitando sua cidadania cotidianamente” (GOMES, 2008, p. 190). Assim, a aparência dos aspectos físicos, funcionais e tipológicos desse espaço auxiliará na leitura



de como certa sociedade encara seu discurso político e a cidadania, já que estes têm lugar e expressão no espaço público (CASTRO, 2005).

Nesse esclarecimento do conceito de espaço público, percebemos a aparição frequente e importante da ideia de cidadania, por estar extremamente associada a esse espaço. Portanto, para melhor compreensão dessa relação, cabe uma breve exposição da percepção de cidadania, focando na sua expressão espacial, que é mais interessante ao intuito deste trabalho.

O surgimento desse conceito nos remete ao contexto da Grécia Antiga, especialmente em Atenas, em que se procurava superar a organização do poder concentrado na classe dominante, por laços de consanguinidade, e atingir critérios de justiça baseados numa argumentação racional e objetivando uma posição de igualdade. Para tal, eram necessários intensos debates participativos, deliberação, ação conjunta, que caracterizava a cidadania. Assim,

na Atenas antiga, o cidadão era aquele que participava ativamente daquilo que parecia, para a comunidade política, o mais central de sua existência: sua própria criação. A cidadania era uma prática, definida por leis, procedimentos, normas, hábitos que os cidadãos criavam. Uma prática de autonomia. (VALLE, 2007, p. 44).

A assembleia deliberativa da Grécia Antiga era a expressão da cidadania, da construção coletiva da qual o cidadão podia fazer parte e sobre este se entendia ser todos aqueles que pertencessem àquele espaço, excluindo-se escravos, crianças, mulheres e estrangeiros. Essa reunião de cidadãos necessitava de uma materialidade espacial para ocorrer, e assim surge a noção de espaço público (GOMES, 2002). De dimensões amplas, de acesso a todos os cidadãos, de cuidado de todos e proporcionando o mesmo a todos. Esse espaço era condizente com todas as óticas que por nós foram expostas: direito público, sociabilidade, esfera pública e político-social.

Percebamos que o que passou a agregar os indivíduos foi a vertente espacial, ou seja, foi o pertencimento a um local que unia aquelas



pessoas em um ponto comum para formar sociedade; era na divisão territorial que se encontravam as identificações políticas e sociais do grupo que ali habitava. A própria etimologia da palavra “cidadão” tem origem no fato de habitar a cidade, ou seja, de pertencer a uma teia de relações sociais e simultaneamente a uma localização espacial.

Logicamente, o decorrer do tempo trouxe algumas mudanças no entendimento de cidadania. Destacamos a transformação verificada na constituição da vida pública, onde as tarefas deixaram de ser propriamente políticas de uma comunidade de cidadãos que agem conjuntamente para serem mais civis, de uma sociedade que debate politicamente. Assim, na modernidade, a cidadania perde seu caráter de construção contínua e coletiva, passando a ser institucionalizada e sintetizada em três campos complementares: primeiramente, como direitos civis que garantem liberdade, propriedade e justiça; depois, por direitos políticos de voto universal e garantia de informação; e adiante, por garantia de proteção social: saúde, educação e trabalho (GOMES, 2002).

Esses entendimentos constitucionalizados sobre a cidadania geram uma gama de consequências, incluindo a desvalorização do espaço público da cidade, por este não servir mais ao encontro, à sociabilidade e ao debate político. Muitas vezes, na atualidade, sua serventia reduz-se à passagem, ao uso por desabrigados ou a apropriações individuais e indevidas.

Com todo o exposto, cabe compreender outro elemento que é associável ao objeto da presente pesquisa: a saúde, bem como suas influências e intervenções no espaço. Cabe destacar que o conceito de saúde traz consigo um vasto histórico de ideias associadas. Isso se deve ao fato de que a saúde é uma prática e, portanto, necessita de definições bem acabadas para que se obtenha a operacionalização necessária. Entretanto, não nos caberá, no presente trabalho, transcorrer sobre todos esses entendimentos. Ainda sim, pequenos apontamentos são necessários, uma vez que nos interessam as delimitações acerca da saúde no recorte temporal específico do contexto da Reforma Passos, ou seja, final do século XIX.

O entendimento de saúde abrange desde os primórdios da humanidade, onde se identifica a procura de abrigo, a fuga do frio e demais ações; até a descoberta do DNA e da medicina genética. Entretanto, para focar em nosso contexto temporal, é necessário um salto no tempo e abordar as importantes contribuições que o século XIX traz ao entendimento sobre saúde. Duas são as correntes que irão se confrontar. Para elucidá-las, elaboramos um quadro comparativo:

	Unicausalidade	Multicausalidade
Influências	Avanços tecnológicos possibilitando visualização de micro-organismos como as bactérias e corrente científica predominante.	Debilidade da explicação unicausal em doenças associadas a múltiplos fatores; maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas.
Argumento	Os únicos causadores de patologias seriam os microorganismos e suas diferentes formas de contágio. A explicação agradava ao cientificismo da época e ajudou a desvendar a ação de diversas doenças, bem como no seu combate e prevenção.	O adoecer humano também será influenciado por condições econômicas, sociais e políticas. O agente sozinho não seria o único responsável pelo processo de doença, o indivíduo e o ambiente também determinariam.
Consequências	Valorização dos laboratórios, das análises quantitativas, modelo baseado nos modos de cura.	Maior dificuldade em achar meios práticos de promover a saúde. Alto grau de subjetividade na noção de saúde gerando maiores dificuldades de delimitá-la.

Elaborado pela autora, baseado em Bastitella, 2007.

O século XIX caracterizou-se pela ideia da saúde como ausência de doença, como classificação do estado saudável que só pode ser dada por dados objetivos e biológicos, sem juízo de valor. A contraposição dessa visão virá com a argumentação da antropologia médica e da psicanálise, ao defenderem que tal classificação depende de conceitos não químicos, não biológicos, pois as referências de dor, sofrimento e prazer fazem parte da discussão saúde/doença e são subjetivos.

Ainda na Modernidade, difunde-se a noção normativa da saúde, que utiliza medidas de controle de indivíduos, normatização dos espaços e outras medidas que visem comportamentos e práticas mais



saudáveis. Tal visão decorre do processo de industrialização, em que o Estado percebe a saúde dos operários como fonte de poder e geração de riqueza e será bastante presente no contexto da Reforma Pereira Passos.

Tendo em vista os entendimentos destacados sobre a saúde, torna-se possível a defesa da espacialidade que esta possui. Segundo Mello (1983, p. 1), “a saúde muda no tempo e no espaço”, e essa premissa nos dá base para a expressão espacial da saúde e para o estudo desta pela Geografia, ciência preocupada com as dinâmicas espaciais no decorrer do tempo.

Inicialmente, a saúde interessa ao geógrafo como serviço que apresenta uma distribuição no espaço e que necessita dessa distribuição, correspondente a oferta e demanda. A ampliação desse interesse ocorrerá em consequência do maior alcance do conceito de saúde, cabendo, nas investigações, as realidades sociais na produção da saúde, como habitação e meio ambiente. Assim, transpassando as análises biológicas e considerando análises voltadas para políticas sociais e condições de existência humana, a expressão espacial fica clara, uma vez que tais condições exprimem marcas no espaço que podem ser lidas e interpretadas. Desse modo, Monken (2007) nos mostra que:

a doença é a manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (...) as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território, do ponto de vista social, econômico, político, cultural, etc. (MONKEN, 2007, p. 181).

Elucidamos, assim, qual e o que é a vertente espacial trabalhada: o espaço público; como também as relações deste com a cidadania e seu leque de deveres e direitos que engloba a saúde, que por sua vez



também se relaciona com o espaço no sentido de produzir materialidade social. Nesse momento nos cabe a divergência dos pontos, nesse trabalho associado: a saúde é uma prática social coletiva e um espaço da coletividade, sociabilidade; e viver conjuntamente é o espaço público, que também é entendido como o local do cidadão, indivíduo com direitos e deveres, dentre eles o da saúde. Essa exposta relação foi o ponto de interesse inicial de nossa pesquisa, que logo em seu início estreitou-se para a verificação de um contexto espaço-temporal específico em que essa relação foi bastante determinante: a Reforma Pereira Passos.

A REFORMA PEREIRA PASSOS INTERVINDO NA URBE CARIOCA

Composta por uma série de medidas, obras públicas e modificações na urbe carioca, a Reforma Pereira Passos é tida como a maior intervenção urbana de nossa cidade. Com início no ano de 1903, tal reforma foi regida pelo então prefeito Francisco Pereira Passos. As transformações procuravam atender às demandas de embelezamento, saneamento, higienização e adaptação da cidade à nova ordem econômica que se implantava, de modo a melhorar a imagem que a cidade vinha apresentando ao exterior, que até então era de atrasada, imunda e palco de epidemias. Assim, tornava-se imperativa a realização de obras que melhorassem os serviços de exportação/importação, bem como a criação de símbolos na paisagem que proporcionassem a identificação da cidade com valores modernos da elite econômica, dos padrões europeus, formando uma nova capital.

No panorama específico de nossa cidade, percebemos a ocorrência de importantes mudanças desde o início do século XIX, com a vinda da família real, passando pela abertura dos portos e pela emancipação política como acontecimentos que promoveram a continuidade e a evolução das transformações que fizeram a cidade ganhar visibili-



dade e atrair capital internacional. Entretanto, tratando-se de crescimento econômico, este nasce com um déficit de grande dependência da produção cafeeira, pois desta produção irá surgir o capital excedente cujas oscilações refletirão em instabilidades do desenvolvimento industrial. Essa produção também era afetada

pela inexistência de fontes regulares de produção de energia, pela dificuldade do recrutamento de força de trabalho qualificada, pela concorrência de produtos estrangeiros; pela dependência, em alguns setores, da mão de obra escrava em extinção, e pelas constantes epidemias de febre amarela, que atacavam preferencialmente os bairros operários da cidade. (ABREU, 1997, p. 54).

Esse retrato que descrevemos é marcado por um cenário carioca contraditório, onde coexistem tanto a lógica escravista quanto capitalista na cidade (FRAGOSO, 1990) refletindo em sua estruturação espacial. Coexistiam no núcleo urbano tanto os poderes constituintes do Estado, classes nobres e as classes pobres. Tal espaço era “hipertrofiado, concentrador de renda e de recursos urbanísticos disponíveis, cercado por estratos urbanos periféricos cada vez mais carentes de serviços e de infra-estrutura” (ABREU, 1997, p. 17). Tal configuração de ruas estreitas e desorganizadas contribuía para a insalubridade que marcava a imagem da cidade como negativa, desordenada e imunda, paralelamente aos ideais de progresso e modernidade. Mas os motivos para tal não se limitam apenas à incapacidade administrativa. Desse modo, Bernardes (1992) nos adverte que:

Não se pode qualificar de desleixo, como fez o Sérgio Buarque de Holanda, esta falta de rigor e de método no traçado urbano do Rio. E, se seu traçado “não é o produto mental e sua silhueta se enlaça na linha da paisagem”, nem assim se pode desmerecer o grande esforço do colonizador em implantar sua cidade em uma planície encharcada que requereu, desde o início, obras de drenagem e aterros, desmontando-se, para esse fim, as baixas encostas. (BERNARDES, 1992, p. 40).



Ainda assim, é preciso estudar e verificar as influências da ação estatal na configuração da cidade, pois:

Este [o Estado], longe de ser um agente neutro, atuando em benefício da sociedade como um todo, como prega o pensamento liberal, ter-se-ia aliado, através do tempo, a diferentes unidades do capital, expressando os seus interesses e legitimando suas ações precursoras. (ABREU, 1997, p. 11).

Correspondente a esse contexto, a saúde também sofria consequências da organização da cidade, da ação estatal e das doenças que assolavam a capital. Em uma análise das reformas urbanas do início do século XX, não se pode negligenciar a influência da propagação de doenças como tuberculose e febre amarela, uma vez que se acreditava na participação dos ares locais na persistência da enfermidade. Assim, as intervenções urbanas acabam sendo direcionadas nesse sentido, formando uma espécie de “médicos da cidade”. É nesse contexto que identificamos algumas particularidades da Reforma em questão como estreitamente ligadas ao conceito de saúde vigente, bem como identificamos também a colaboração que a discussão sobre espaço público pode trazer à análise da Reforma, uma vez que esse foi o principal foco de intervenção na melhoria da “saúde da cidade”.

A ação estatal será verificada na questão habitacional, onde os cortiços eram vistos como asilo de desordeiros e, logo, foco de enfermidades da cidade, já que os principais males tidos na época eram o da ociosidade e vadiagem e, supostamente, os habitantes de cortiços não cultivavam o trabalho e eram maus cidadãos. Outro ponto de combate aos cortiços será por causa da grande procura dessas habitações pelos negros recém-libertos e que poderiam gerar focos de lutas contra-hegemônicas. Desse modo, era preciso desarticular a memória recente dos movimentos sociais urbanos.

Esse cenário dará suporte para a ação dos higienistas, calçados na valorização da ideologia da higiene, bastante evidenciada no século XIX, pelo crédito dado pela medicina aos estudos das doenças



pairando nos ares da cidade. Juntamente com a crença na gestão da cidade apenas por critérios técnicos e científicos. Assim, os higienistas agiam como os “supremos intelectuais” da época: analisavam o fato, diagnosticavam, prescreviam a respeito e indicavam a solução. Um desses diagnósticos era que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, sendo as habitações coletivas focos de irradiação de epidemias, além de, como vimos, localidades de propagação de vícios. Ou seja, os pobres, além de vadios, ofereciam perigo de contágio e eram necessárias medidas públicas repressivas para solucionar.

Traçando um inventário resumido das ações intervencionistas na urbe, destacamos as primeiras obras: abertura das ruas Salvador de Sá e Mem de Sá em 17 metros de largura, em terrenos obtidos com a demolição do Morro do Senado, que precisou da derrubada de algumas habitações populares. No *hall* das ruas alargadas estrelaram: Rua Estácio de Sá, Frei Caneca, Assembléia, Uruguaiana e Visconde do Rio Branco. Já no conjunto dos rios canalizados encontramos: Maracanã, Carioca, Berquó e Joana. Um dos destaques das construções foi a Avenida Beira-Mar, que ligava a Praia de Santa Luzia ao Mourisco, procurando melhorar o acesso para a zona sul. “Construída com uma largura de 33 metros, em um tempo recorde de 23 meses, e tendo grande parte do seu eixo em terrenos conquistados ao mar, a avenida passou a ser “um dos boulevards mais lindos do mundo” (ABREU, 1999, p. 61). Outra construção de grande importância e parecida grandiosidade foi o Teatro Municipal, em um terreno comprado pela Prefeitura, sendo também descrito, em razão de sua beleza, como um pedaço da França no cenário carioca.

Outro merecido destaque é dado a uma obra realizada pela esfera federal: a construção da Av. Rio Branco, que seria complementar à recém-inaugurada Av. Beira-Mar e pretendia igualar-se aos mais belos boulevares franceses, com configuração larga, espaçosa, destinada a abrigar importantes prédios administrativos; que no seu início e no seu final apresentava minucioso acabamento com grandes e esbeltos exemplares de espaços públicos: a Praça Mauá e a Praça Floriano (Cinelândia). Para tal façanha arquitetônica, foram necessários a demolição de

cerca de duas mil casas e um grande investimento de capital.

A Reforma Passos nos deixa três importantes percepções geográficas ao analisar sua ação: primeiramente, a ideia de como cada momento político-social influencia a organização espacial do território regido por tal governo; em segundo lugar, o destaque como a primeira grande intervenção urbana da nossa cidade que não mais condizia com a presença de pobres; e, por último, a noção de que as contradições de um espaço, ao tentarem ser solucionadas, podem gerar outras novas contradições, dependendo da forma de realizar as intervenções. Como nos destaca Abreu (1999):

o período Passos, verdadeiro período Haussmann à la carioca, representa, para o Rio de Janeiro, a superação efetiva da forma e das contradições da cidade colonial-escravista, e o início de sua transformação em espaço adequado às exigências do Modo de Produção Capitalista. Neste movimento de transição o papel do Estado foi fundamental, tanto no que diz respeito à sua intervenção direta sobre o urbano, como no que toca ao incentivo dado à reprodução de diversas unidades do capital. (ABREU, 1999, p. 67).

Assim, podemos destacar duas conclusões parciais que irão justificar os modos de ação da Reforma Pereira Passos: primeiramente, o autoritarismo pelo qual são revestidas as ações do Estado; em segundo, o intuito estatal de homogeneizar o espaço central da cidade, tornando-o mais elitizado, amplo, higiênico e correspondente aos padrões de urbanização europeus. Sendo que, para tal, era necessário afastar a população pobre, de maus costumes, que ali residiam.

REFORMAR PARA HIGIENIZAR, SIM! MAS TAMBÉM PARA LUCRAR E CIVILIZAR

No presente momento buscaremos traçar as noções dos conceitos destrinchados em nosso recorte tempo-espacial: a reforma urbana ca-



rioca do século XX. Desse modo, pretendemos entender como a ideia de espaço público era encarada nesse contexto, bem como a cidadania e a saúde.

A feição assumida pelo discurso da Reforma Pereira Passos de melhoria das condições de saúde foi bastante propícia à aceitação devido à conjuntura de assolação de doenças, como febre amarela, varíola e tuberculose, que dizimavam a população.

A saúde para o referido período (1889 – 1930) é descrita por LUZ (1991) como momento de criação e execução de serviços e programas de saúde pública em âmbito nacional e centralizador. Existia a Diretoria Geral de Saúde Pública, regida por Oswaldo Cruz, que organizou e implementou progressivamente as instituições públicas de higiene e saúde. Paralelo a isso, era adotado um modelo de campanhas sanitárias que visavam ao combate de epidemias urbanas. Assim, o modelo que vigorava era concentrador de decisões, tecnocrata e intervencionista, de maneira autoritária e repressiva, tanto individual quanto coletivamente.

Tal estruturação vigente das políticas públicas de saúde era condizente com os conceitos que vigoravam nos séculos XIX e XX, que foram marcados pelo avanço na observação e identificação de micro-organismos associados à forma de transmissão de doenças. Também foi o século da maior invenção, até então, de combate às doenças: as vacinas. Baseadas na inoculação de um agente infeccioso debilitado visando à produção de anticorpos pelo sistema imunológico do indivíduo, a vacina será uma revolução na medicina preventiva, mas terá alguns custos para ser aceita pela população. No Brasil, ocorreu o famoso episódio da Revolta da Vacina⁴, quando o povo manifestou-se contra a ação do Estado de tornar a vacina obrigatória. Hoje, já não questionamos a funcionalidade desse meio preventivo, mas compreen-

⁴ A chamada “Revolta da Vacina” constitui-se em uma série de atos revoltosos da população que se indignava com a imposição das vacinas. Bondes foram derrubados, postes quebrados, caminhadas e gritarias para expressar a insatisfação com essa medida, com o modo autoritário de ação e falta de esclarecimentos.

demos os motivos da revolta no autoritarismo das políticas de saúde pública que citamos.

Assim, a Reforma Passos, como vimos, adquire essa característica cientificista, pouco preocupada com o social. Mas não seria a saúde uma prática social? E, se a Reforma Pereira Passos promoveu intervenções na saúde, não teria também proporcionado um avanço social? Para tentar desvendar tais questões, nos basearemos na descrição das medidas para a febre amarela, que se tornou a maior questão de saúde pública desse tempo.

A febre amarela começou a afligir a cidade em meados de 1849-50, tendo aumentado o número de casos durante o verão. Mesmo com avanços na observação dos micro-organismos, não havia hipótese para modo aleatório de contágio do vetor (mosquito) infectar suas vítimas, o que dava lugar às explicações de cunho comportamental e social para as doenças: defendia-se que os maus hábitos e más habitações das classes populares eram auxiliares na propagação da doença, ou ainda acreditavam que tal moléstia era castigo pelos pecados e vícios daquela sociedade festeira, promíscua e carnal.

Com esse distanciamento da explicação sobre a transmissão da doença por um vetor, duas hipóteses assumiram a possível forma de prevenção: a *contagionista* acreditava na transmissão de pessoa a pessoa, direta ou indiretamente, e por isso defendia a quarentena e a erradicação dos hábitos populares que cultivassem o contato físico. Já a *infeccionista* apontava para a proliferação da doença através da ação de substâncias animais e vegetais em putrefação no ambiente, e com isso foram os maiores impulsionadores da reforma urbana como medida de combate à melhoria do ar e, também, por conseguinte, da “civilização” das classes pobres.

Nessa conjuntura, podemos destacar duas percepções importantes. A primeira delas é que no meio dessas teorias as ações contra a febre amarela tornavam-se confusas, pois oscilavam entre essas duas correntes, sem ter ao certo os resultados plenos de nenhuma delas, dificultando a ação do Estado. A segunda é que, apesar de convergen-



tes, as teorias apresentam o ponto comum de acusar a classe pobre de alguma forma de contribuição para a epidemia. Desse modo, havia um pensamento médico ligado à política e etnia, sendo bem aceito pelo Estado, onde o problema da febre amarela deveria ser solucionado com o chamado “ideal de embranquecimento”, ou seja,

a configuração de uma ideologia racial pautada na expectativa de eliminação da herança africana presente na sociedade brasileira. Tal eliminação se produziria através da promoção da vinda de imigrantes, do incentivo à miscigenação num contexto demográfico alterado pela chegada massiva de brancos europeus, pela inércia, e também pela operação de malconfessadas políticas específicas de saúde pública. (CHALHOUB, 1999, p. 62).

Essa ideia, entretanto, não fica evidenciada apenas nessa descrição. O fato é que a cidade era atingida por outras duas grandes epidemias: a tuberculose e a varíola, mas a partir de nossas descrições fica evidente que o combate à febre amarela era muito mais empenhado, mesmo com a tuberculose matando pessoas todos os anos, o ano inteiro. No entanto, nunca foi realizado qualquer plano de combate. As autoridades alegavam a falta de conhecimento para ações de controle do flagelo, mas o contra-argumento não é difícil quando sabemos que existiu uma avaliação geral (feita pelo então presidente da Junta Central de Higiene, Paula Candido) da tuberculose, que poderia guiar ações públicas de combate; além do fato de, como vimos, não haver ideias claras de ação preventiva estatal contra a febre amarela, e mesmo assim eram tomadas medidas públicas ainda que confusas.

As razões que a história encontrou para tal negligência não são admiráveis. Como Chalhoub (1999, p. 94-95) afirma, tuberculose e varíola acometiam mais os mestiços, pobres e negros; enquanto a febre amarela matava mais os homens livres, classe média e ricos. Assim, fica explicitado o determinismo racial que justificava as ações concentradas no combate à febre amarela e negligenciada quanto à tuberculose e varíola. O mesmo autor nos mostra que

o objetivo principal das políticas de combate às doenças era promover o embranquecimento da população. (...) os brasileiros inventaram um racismo à sua feição: ao combater a febre amarela e negligenciar as doenças que flagelavam a população negra, os doutores, na realidade, procuravam mudar o ambiente com o intuito de auxiliar a natureza. (CHALHOUB, 1999, p. 94-95).

O estudo das ações e conseqüências da Reforma Pereira Passos nos trouxe a percepção de outros interesses, como o objetivo do maior lucro. Para justificar essa idéia, destacamos os apontamentos de GOMES (2002, p. 171), quando a autora defende que “O processo de urbanização no Brasil tem suas especificidades marcadas pelas determinações impostas pelo modelo econômico excludente e segregador implantado no país”. Ou seja, por detrás de toda justificativa em melhorar a imagem internacional de nossa capital e atender às demandas de saúde, havia um claro interesse do investimento do capital estrangeiro em associação ao interesse das classes burguesas. Evidenciaremos os de maior relevância.

As transformações da malha urbana da cidade envolviam e justificavam: o discurso higienista, que defendia os hábitos das populações pobres como insalubres; os interesses das classes mais favorecidas, que desejavam a segregação dos espaços correspondentes à segregação social; e o discurso de grupos empresariais, interessados nos lucros de novos loteamentos em áreas de expansão da cidade. Havia, portanto, uma retroalimentação pelos envolvidos nesse discurso, no sentido de “curar” o núcleo central da cidade, legitimando as pretensões empresariais de implantar, por meio de concessões estatais, as linhas de bonde e os loteamentos que dela se originaram; ações bastante rentáveis para os empresários da área de transporte e para o capital imobiliário. Ao passo que agradava também aos interesses da classe dominante, que não desejava mais conviver ao lado das classes pobres e “perigosas”, buscando localidades mais afastadas do centro e livre desse convívio incômodo.

A percepção descrita nos faz relativizar a declarada guerra contra os cortiços, baseada na afirmação da falta de higiene dessas habita-



ções. Notamos que tal guerra servia perfeitamente aos interesses da segregação espacial pretendida pelas classes mais poderosas que não desejavam mais conviver com vizinhos pobres e, por isso, apoiavam e concretizaram a destruição dessas habitações.

Claramente, os interesses burgueses da reforma não se ilustram apenas na questão habitacional, no conjunto de demandas que justificam a intervenção urbana. Encontramos alguns desses proveitos: a ideia da construção de um porto mais moderno está diretamente ligada ao intuito de agilizar trocas comerciais que elevassem a importância e riqueza de nossa cidade, e para tal não havia ressentimento em destruir o que houvesse de empecilho. O próprio discurso de combater as doenças que assolavam a cidade pode ter ganhado impulso na intenção econômica de manutenção da força de trabalho, pois tais doenças afligiam principalmente os bairros operários e, estando os empregados doentes, haveria debilidade para a produção industrial – um fator bastante desinteressante para o momento de crescimento econômico que estava se buscando. Desse modo, a cura ou amenização dos enfermos era interessante para prosperar a produção fabril e a imagem da cidade como prosperidade econômica e destaque de investimento estrangeiro.

Destacamos ainda o discurso de embelezamento da cidade, que poderia ter alcançado a simpatia de todas as classes. Entretanto, os espaços construídos e embelezados serviram somente às classes nobres, já que as classes abastadas foram removidas do espaço restaurado, não usufruindo das mudanças. Assim, as reformas “substituíram as ruas tortuosas, mas vivas, por longas avenidas; os bairros sórdidos mais animados por bairros aburguesados. Se abre boulevards, se arranja espaços vazios [sic], não é pela beleza das perspectivas” (LEFEBVRE, 2006, p. 16), mas sim para configurar o espaço ao interesse dos ricos. Ainda segundo Lefebvre, os vazios têm um sentido: “proclamam alto e forte a glória e o poder do Estado que os arranja, a violência que neles pode se desenrolar” (idem).

Tais amostragens dos interesses econômicos por trás das ações reformadoras do século XX já nos concedem pequena ideia dos de-



mais interesses envolvidos. Demonstram que, apesar de alguns avanços proporcionados, a Reforma Passos também causou diversos males, principalmente para as classes pobres. Assim, procurando esclarecer tais intenções da Reforma, poderemos medir até que ponto ela deve ser aclamada ou não.

Partimos assim para uma análise das intervenções no espaço público carioca. Segundo explanação já realizada, o espaço público seria uma categoria de íntima relação com o exercício da cidadania, proporcionando espaço para a convivência em sociedade. Associando esta ideia ao fato de as ações reformistas agirem no espaço público do Rio de Janeiro proporcionando melhorias, teríamos como resultado lógico um incentivo à identidade cidadã dos habitantes da cidade. Entretanto, a verificação que se obteve foi de que a Reforma Pereira Passos agiu como uma espécie de pulso retrátil da cidadania, pois segregava e desrespeitava os cidadãos, como veremos em algumas ações específicas.

Não se trata, pois, de discordar da contribuição da Reforma Urbana para a melhoria de nossa cidade. Acreditamos, sim, nas parciais obtenções dos objetivos de embelezamento, higienismo, controle de doenças e adaptação à nova ordem econômica. Entretanto, é necessário questionar o modo de atuação da Reforma, que além de atingir suas demandas iniciais também gerou consequências vistas até hoje na nossa realidade, devido ao modo desrespeitoso de ação já exemplificado, e veremos agora outros exemplos.

As ações sobre os cortiços já foram amplamente debatidas, enfocando no objetivo de higienização e do lucro, mas também são identificados nesse fato desestímulos à ideologia de cidadania. Tal identificação encontra-se na imposição de técnicas higienistas de modo violento, no rigoroso controle efetuado pelos fiscais de saúde e na falta de possibilidade de resposta dos habitantes, já que “as decisões da Inspetoria a respeito de cortiços eram irrecorríveis” (CHALHOUN, 1999, p. 47). Não existia a noção de direito do cidadão em recorrer ou ter voz diante de uma ação estatal, até porque a ideia de bom cidadão era justamente a submissão aos atos do Estado. Assim, a qualquer instante,



poderia chegar a “qualquer moradia”⁵ uma autoridade apontando os problemas encontrados e impondo as alterações que deviam ser realizadas, fosse uma mera obra ou a sua destruição completa.

Aliás, a concentração de poderes não era difícil de exemplificar naquela época. Ela se apresentava em diversas outras situações, como na própria negligência às epidemias de tuberculose e varíola e no combate autoritário à febre amarela, indicando que os poderosos, visando seus interesses particulares e da classe mais abastada, decidiram agir no espaço e na sociedade em prol de seus desejos, e não aos da maioria. Esse quadro, hoje, é encarado com maior relatividade pela dificuldade de imaginarmos a situação de ausência de direitos, de reivindicação e participação (mesmo que dificultadas ou minimizadas na conjuntura atual). Mas, no contexto em que ocorria, não era de tamanho absurdo, pois se configurava um cenário em que os cidadãos tinham muito mais deveres do que direitos, onde sua principal qualidade seriam a obediência e o conformismo.

Como já havíamos destacado, a Reforma Pereira Passos visava construir um ambiente mais moderno, ou seja, fazia parte de um Projeto de modernidade no Brasil. Entretanto, Oliveira (2001) nos alerta que

a modernidade virá como uma necessidade de atualização da própria classe dominante na sua conexão com a economia capitalista mundial e seus interesses de expansão. Assim, a modernidade virá pelas mãos do Estado e não como exigência da sociedade e seu desenvolvimento. (...) Desse modo, são mudanças nas esferas pública e econômica, por meio da modernização, que espraiam e *impõem* a modernidade para todo o conjunto da sociedade. (OLIVEIRA, 2001, p. 6, grifo nosso).

As consequências dessa verificação serão um processo de modernização autoritário e excludente, primeiro porque impôs valores cívicos exógenos, sob a forma de deveres; segundo porque não correspondeu à von-

⁵ As aspas justificam-se pela expressão “qualquer” não abarcar sua abrangência usual. As residências fiscalizadas com poder autoritário estreitavam-se para as habitações das classes populares; essas sim eram vulneráveis à ação repentina e abrupta das autoridades responsáveis.



tade de uma sociedade em conjunto, atingindo as diversas camadas sociais de forma diferenciada e, como sempre, desprivilegiando o lado mais fraco. Compõem-se, então, dois grandes motivos da deficiência da cidadania brasileira até os dias de hoje: o caráter autoritário do projeto de modernidade gestado pelo Estado e a precedência desse projeto enquanto fato e vontade.

Ainda sabemos que, em prol da modernidade, o governo perseguia e reprimia a classe pobre, sinônimo de “classe perigosa”⁶ no Brasil. Ora, esse talvez seja o maior exemplo de desrespeito à cidadania que podemos destacar no contexto do século XIX/XX. O próprio projeto de reprimir a ociosidade (e só quem era ocioso eram os pobres) configura-se uma grande desmoralização da cidadania, característica de um conteúdo de cidadania exercida hierarquicamente, ou seja, regida pelos dominantes e imposta aos desprovidos.

Com isso, visava-se estabelecer uma nova ordem comportamental, uma nova civilidade que moldaria o ideal de cidadão segundo o Estado: trabalhador, acomodado e obediente. Assim, as intervenções na paisagem urbana não pretendiam estimular um discurso político e cidadão, mas impor essa civilidade almejada que fizesse dos espaços públicos um local elitizado que contribuísse para a imagem de modernidade almejada pelos mais poderosos.

Para tal processo civilizatório, escolheram-se como aporte as teorias e ações higienistas, que intervinham no espaço e na sociedade de forma a causar mudanças que eram interessantes à elite, como vimos. Assim, “os sanitaristas erigiam as condições de higiene pública como o elemento definidor do grau de civilização de um povo” (CHALHOUB, 1999, p. 44), enquanto o Estado, em seu modo autoritário de determinar o que é preciso para a sociedade e como se deve agir para tal, baseia-se nessa corrente para intervir nos hábitos da população, retirando-lhes a liberdade e expulsando-os dos espaços que não podiam ser ilustração dos péssimos exemplos de hábitos que detinha a classe menos abastada.

⁶ Entendimento usado pela segurança pública que compreendia pessoas desocupadas, vadias com grande potencial à marginalidade. Ou seja, o conceito era subjetivo por caber o julgamento, por parte da autoridade, de quem tinha ou não esse potencial.



Obviamente, as queixas da sociedade lesada pelas ações intervencionistas existiam, só não eram atendidas, nem sequer eram ouvidas ou consideradas pelos poderosos. Dentre as lamúrias da população que identificamos em nossas leituras, todas apresentam grande ligação com a questão da cidadania. Primeiramente, teve-se a *retirada* de moradia dos habitantes dos cortiços, desprovidos do direito de habitar, vendo-se lançados à própria sorte com duas opções: residir em praça pública ou subir as encostas e contribuir com o surgimento das favelas. Em segundo, o autoritarismo dos funcionários da Higiene que exigiam a intervenção de lares, violando o direito à propriedade privada. E, por último, a já citada ausência do direito de defesa às ações do regulamento sanitário.

Todos esses pontos ocorreram devido ao elevadíssimo patamar em que foi colocado o cientificismo⁷. Assim nada podia questioná-lo, pois havia “a alegação de cientificidade, de neutralidade das decisões administrativas”, e estas “sempre trazem em seu cerne a violência contra a cidadania” (CHALHOUB, 1999, p. 58).

Assim, temos que o projeto de cidadania brasileiro é bastante problemático devido ao processo histórico, onde se insere a Reforma Pereira Passos, que mesmo vestindo-se de um discurso de “boas intenções” gerava resultados bastante contraditórios para beneficiar os interesses da classe dominante. Concluindo que, se é desejado uma cidadania plena no Brasil, é necessário rever toda essa manutenção de ações desiguais em nossa sociedade desde séculos passados.

APONTAMENTOS FINAIS

Saúde e espaço público aparecem agora, para nós, como elementos não tão distantes quanto podiam parecer antes dos argumentos desenvolvidos no presente trabalho. Percebemos aqui que uma questão

⁷Ou seja, os estudos de pesquisa investigativa científica, que formulavam leis gerais e inquestionáveis para objetos subjetivos ou peculiares, onde não cabia a generalização.



social tão abrangente como uma reforma urbanística de grandes proporções abarca elementos da sociedade que pareciam distantes, devido à magnitude de suas consequências.

Notamos também que não apenas as consequências envolvem questões socioeconômicas e culturais, mas também as próprias forças que moveram a ação reformista. Alguns desses impulsos foram expostos ao discurso público, como a promoção da saúde e a adaptação da cidade à nova ordem econômica mundial; já outros se camuflaram por detrás desses, como a segregação espacial, os interesses lucrativos e a imposição de uma nova civilidade elitista.

Assim, temos que, segundo Lefebvre (2006), as operações urbanas nunca se apresentam isoladas. Além do conjunto de razões que levaram à sua ocorrência, elas sempre atingem resultados, previstos ou imprevistos, conscientes ou inconscientes. Não foi diferente com a Reforma Passos, pois existia um conjunto de demandas para a reforma urbana e, conseqüentemente, eram vários os efeitos esperados. Entretanto, eram interesses maiores e menos explícitos que determinavam o modo de ação, compondo assim as consequências imprevistas.

Destacamos como resultados previstos o embelezamento, a acessibilidade, a melhoria urbana, a melhora da imagem internacional da cidade e a relativa melhora nos ares da cidade, mas que não atingiram a redução das doenças que afligiam a população, como se esperava pelas teorias médicas que vimos vigorar na época. Já como efeitos inesperados há uma herança menos honrosa. Destacamos o desrespeito à cidadania, que contribuiu para a desvalorização do termo ao longo de nossa história; as ações regidas unicamente pelo interesse das classes nobres, que colaborou para a inexpressão dos interesses dos demais por muito tempo; e a separação espacial entre as classes, que deu início a uma segregação perpetuada até hoje no quadro urbano de nossa cidade.



REFERÊNCIAS

ABREU, M. de A. *Evolução urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Inplanrio, 1997.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: CORBO, A. D.; FONSECA, A. F. (Orgs.). *Território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: CORBO, A. D.; FONSECA, A. F. (Orgs.). *Território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERNARDES, L. M. C. Evolução da paisagem urbana do Rio de Janeiro até o início do século XX. In: ABREU, M. de A. (Org.). *Natureza e sociedade no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1992.

CASTRO, I. E. *Geografia e política: território, escalas de ação e instituições*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

CORRÊA, R. L. Espaço, um conceito-chave da geografia. In: CASTRO, I. E.; CORRÊA, R. L.; GOMES, P. C. da C. (Orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

FRAGOSO, J. L. O império escravista e a república dos plantadores. In: LINHARES, M. Y. (Org.). *História geral do Brasil*. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

GOMES, M. de F. C. M. Cidadania e espaço público numa experiência de política de urbanização de favelas. In: RAMOS, M. H. R. (Org.). *Metamorfoses sociais e políticas urbanas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

GOMES, P. C. da C. *A condição urbana: ensaios de geopolítica da cidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. Cenários para a geografia: sobre a espacialidade das imagens e suas significações. In: CORRÊA, R. L.; ROSENDAHL, Z. (Orgs.). *Espaço e cultura: pluralidade temática*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008.

LEFEBVRE, H. *O direito à cidade*. Tradução: Rubens Eduardo Frias. 4. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – Anos 80. *Physis: Revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, v. 1, n. 1, 1991.

MELLO, J. B. F. *Os serviços de saúde em espaços metropolitanos: estudo comparativo das dimensões espaciais das regiões metropolitanas de Recife e Porto Alegre*. 1983. 66 f. Monografia (Bacharelado em Geografia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: CORBO, A. D.; FONSECA, A. F. (Orgs.). *Território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, M. P. Cidadania no Brasil: elementos para uma análise geográfica. *Revista Geographia*. Rio de Janeiro: EdUFF, ano III, n. 6, jul.-dez. 2001.

ONO, I. de C. *Espaço público, uma noção em mutação*. 2004. 225 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SERPA, A. Espaço público: lócus da pluralidade humana?. In: COELHO, M. C. N.; CORRÊA, A. de M.; OLIVEIRA, M. P. (Orgs.). *O Brasil, a América Latina e o mundo: espacialidades contemporâneas (II)*. Rio de Janeiro: Lamparina, Faperj, Anpege, 2008.

VALLE, L. *Filosofia da educação*. Rio de Janeiro: UERJ (Apostila), 2007.



ASPECTOS SOCIAIS NO USO DE COCAÍNA DURANTE A ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Fernanda Alves Coelho¹

Melissa Marsden²

INTRODUÇÃO

O United Nations Office on Drugs and Crime (Escritório de Drogas e Crimes das Nações Unidas) publica anualmente um relatório sobre drogas no mundo. O documento de 2009 aponta que o índice de uso de cocaína na Europa tem se estabilizado nos últimos anos. Pôde-se observar também um importante declínio no consumo desta substância na América do Norte. Porém, na maioria dos países latino-americanos a taxa continua subindo, entre eles o Brasil, que no relatório é apontado como o segundo maior mercado de cocaína das Américas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Estima-se que atualmente o Brasil tenha em torno de 870 mil usuários (UNODC, 2009).

As informações contidas no relatório se referem ao uso de drogas por pessoas que se encontram entre 15 e 64 anos. Infelizmente, dados que enfoquem o problema do consumo de drogas entre adolescentes não são frequentes. O European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) produz informações regulares sobre consumo de cocaína entre a população escolar daquele continente. No Brasil, o levantamento mais recente foi realizado em 2004 pelo Centro Brasileiro de Drogas Psi-

¹Ex-aluna do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Registros e Informações em Saúde (2005-2007).

²Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LA) da EPSJV. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Contato: mmarsden@epsjv.fiocruz.br.

cotrópicas (CEBRID), sendo os resultados deste estudo usados como referência nacional. A pesquisa indica tendência de aumento do uso na vida³ de cocaína em seis das dez capitais brasileiras que fizeram parte dos cinco levantamentos realizados pelo CEBRID (1987, 1989, 1993, 1997 e 2004). Nas demais capitais não houve mudanças estatisticamente significativas, permanecendo o índice estável.

Porque a pesquisa teve como sujeitos adolescentes matriculados em escolas públicas e privadas, os dados referentes ao uso frequente e pesado⁴ de drogas possivelmente encontra-se subestimado, pois aquele que faz o uso intenso de crack, por exemplo, raramente consegue manter as atividades do cotidiano. Nos últimos anos, o crack – um dos estados da cocaína encontrado no mercado – vem ganhando maior destaque na mídia. São cada vez mais comuns manchetes que mostram como a facilidade de acesso, o baixo custo e os padrões de uso desta forma da substância têm feito um maior número de vítimas. A confirmação da tendência apontada pelos meios de comunicação só poderá ser feita com a realização frequente de levantamentos epidemiológicos. Este tipo de estudo é igualmente importante para o planejamento e implementação de programas de prevenção primária e secundária, além de ser um potente instrumento de avaliação dos programas de prevenção já aplicados.

O presente trabalho pretende contribuir para a discussão sobre o uso de drogas na adolescência, enfatizando sua argumentação na compreensão dos aspectos que levam adolescentes brasileiros a consumir cocaína. Para abordar a temática proposta, o texto foi organizado em três partes. A primeira traz informações sobre drogas psicotrópicas, em especial a cocaína, um breve histórico do seu uso ao longo da história, sua ação no Sistema Nervo Central, as formas de consumo da substância, seus efeitos e padrões de uso na atualidade. Posterior-

³O estudo dividiu os estudantes pesquisados em cinco grupos, tendo como base a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). É classificado no grupo *uso na vida* quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida.

⁴Aquela pessoa que utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa é classificada no grupo *uso frequente*. Já o uso *pesado* é quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.



mente, enfatizamos as características da adolescência e dos períodos do desenvolvimento que a antecedem, assim como o comportamento dos indivíduos nessa fase. A cultura e a sociedade perante o uso de psicotrópicos, as dimensões políticas e econômicas do uso de cocaína, as crenças e os valores da sociedade brasileira em relação a essa droga, os índices de consumo entre adolescentes no Brasil e alguns dos possíveis fatores que influenciam seu uso por estes indivíduos são relatados na terceira parte do texto.

AS DROGAS

O conceito

O termo “droga” é usado com variados sentidos. Abramovay e Castro (2005, p. 60-69) apresentam uma definição de droga bem abrangente, entendendo-a como qualquer substância capaz de exercer algum efeito sobre o organismo. No campo médico, no entanto, droga costuma ser entendida como qualquer substância com potencial para prevenir ou curar uma doença, ou melhorar bem-estar físico ou mental. Neste sentido, Leite (2007) define droga como qualquer produto de natureza animal, vegetal, mineral ou sintética, dotado ou não de efeito terapêutico, servindo de base para produção de medicamentos.

Neste texto, estaremos nos referindo à droga conforme a definição de Marlatt (2005, p. 16-25), em que são consideradas drogas todas as substâncias que podem produzir mudanças na sensibilidade, no grau de consciência e no estado emocional de um indivíduo. Pode haver variação dos efeitos do uso dessas substâncias de acordo com as diferenças de sensibilidade do usuário (susceptibilidade), das características da droga utilizada, a dose (relação dose-resposta) e das circunstâncias em que é consumida.



As drogas psicotrópicas

O prefixo *psico* é de origem grega e relaciona-se com o psiquismo humano, ou seja, aquilo que se sente e pensa. Já o sufixo *trópico* significa, também em grego, *o que tem atração por*. Sendo assim, drogas psicotrópicas são substâncias que afetam o nosso psiquismo, influenciando a atividade cerebral humana (MANSUR, 1986). Estas são divididas em três grupos, estabelecidos de acordo com os efeitos por elas provocados no Sistema Nervoso Central, a saber: depressoras, estimulantes ou perturbadoras.

As drogas depressoras são aquelas que suprimem, inibem ou diminuem algum aspecto do Sistema Nervoso Central, causando sedação, tranquilização, sonolência, analgesia etc. Neste grupo estão o álcool, os benzodiazepínicos, os opiáceos, os inalantes e os tranquilizantes. Seus efeitos dependem do fármaco utilizado e da dose tomadas, indo desde a sedação e indução do sono à anestesia geral.

É chamado de estimulante qualquer agente que ative, realce ou aumente a atividade neural, causando euforia, excitação, insônia, inapetência. Incluem as anfetaminas, a *cocaína* e *derivados*, a cafeína, a nicotina e as anfetaminas, entre outros. Há drogas que podem apresentar efeito estimulante em altas doses ou após o uso crônico, apesar de esta não ser sua principal ação.

As perturbadoras da atividade do Sistema Nervoso Central são as substâncias que modificam qualitativamente a atividade do cérebro, perturbando ou distorcendo o seu funcionamento, induzindo ilusões, alucinações, delírios, ideação paranoide e outras alterações do humor – são os alucinógenos e os psicodélicos (drogas capazes de induzir estados alterados de percepção, pensamento e sentimento, podendo produzir alucinações). Exemplos desse grupo de drogas são o LSD, a mescalina e algumas anfetaminas alucinógenas.



Um breve histórico sobre os usos da cocaína

Segundo Alencar et al. (2003, p. 169-188), há indícios do consumo de diversos tipos de “drogas” pelas mais antigas tribos em rituais religiosos ou místicos, com o intuito de atingir um estado de consciência diferente daquele que possuíam quando permaneciam sóbrios. Nessas sociedades, a necessidade desta alteração da percepção ficava circunscrita ao curandeiro e ao pajé, responsáveis pela ordem religiosa da tribo. Assim, o consumo da coca, apesar de disseminado entre certos povos indígenas, não era generalizado, já que cada membro tinha sua função na tribo. Os guerreiros, por exemplo, não deveriam ser consumidores da planta, pois a modificação do estado de consciência por utilização da droga prejudicaria sua função de defensor da tribo.

Além do uso para fins ritualísticos⁵, as drogas também eram consumidas em busca de certos efeitos por elas provocados, como seu poder tranquilizador (a maconha e o ópio, por exemplo) ou estimulante (as folhas de coca).

Segundo Ferreira e Martini (2001, p. 96-99), as folhas de coca já eram utilizadas pelas civilizações pré-colombianas da região dos Andes há mais de 4500 anos. Para os Incas, por exemplo, a planta era sagrada, sendo um presente do Deus Sol (Inti) e, por isso, deveria ser utilizada somente pela nobreza. Além do valor nutricional⁶ de suas folhas, essas populações procuravam sentir em seu cotidiano o bem-estar e a euforia provocados por seu consumo.

Este povo foi, séculos mais tarde, colonizado pelos espanhóis. A chegada destes à América Latina foi resultante da implantação de um novo conjunto de práticas econômicas nos Estados Nacionais Europeus, conhecido como mercantilismo. Este se baseava na acumulação de recursos em um determinado território a fim de fortalecer o poder econômico do Estado. O metalismo, que consistia na acumula-

⁵ Ritualístico refere-se a questões culturais presentes em determinados grupos de uma sociedade, onde certo padrão de consumo de drogas era socialmente aceitável.

⁶ Cada 100 gramas de folhas de coca contém concentrações de tiamina, riboflavina e ácido ascórbico capazes de suprir as necessidades diárias dessas vitaminas (FERREIRA & MARTINI, 2001).



ção de metais preciosos, era uma das estratégias adotadas e foi um dos responsáveis pela incursão dos povos europeus – principalmente portugueses e espanhóis – no processo de expansão marítima.

Segundo Alencar et al. (2003, p. 169-188), com o processo de expansão da colonização na região, o consumo das folhas de coca por indígenas de certas regiões da América Latina foi proibido. De acordo com os autores, o objetivo era evitar resistências da população à dominação que lhes estava sendo imposta. Porém, com o regime de trabalho a que eram submetidos e as características geográficas da região, os índios, que estavam desprovidos do consumo das folhas de coca, começaram a não corresponder ao ritmo de produção que lhes era exigido pelos colonizadores. A queda na produção levou os espanhóis a novamente permitirem a utilização da coca, porém agora de forma controlada, a fim de atender aos interesses espanhóis.

A descoberta das propriedades da folha de coca pelos espanhóis fez com que essa substância fosse introduzida na Europa por volta do século XVI, inicialmente para fins medicinais afrodisíacos. Em meados do século XIX, fazia-se uso terapêutico da cocaína ministrando-a como estimulante, anestésico e afrodisíaco, através de inalantes, licores, cristais e soluções. Ela foi utilizada, por exemplo, no tratamento da asma, da histeria e da sífilis. Sigmund Freud, considerado o pai da psicanálise, chegou a utilizar as propriedades dessa substância para tratar seus pacientes. Dentre suas indicações, prescrevia a cocaína como antídoto à dependência de morfina. Em seus estudos, porém, Freud descobriu o potencial da cocaína em produzir dependência, percebendo que o uso concomitante dessas substâncias ocasionava dependência dupla. Esta descoberta fez com que abandonasse sua estratégia de substituição à morfina pela cocaína.

Em 1898 foi descoberta a fórmula da estrutura química da substância. Pouco depois, em 1902, o químico Richard Willstätter produziu sinteticamente, em laboratório, o cloridrato de cocaína, a forma em “pó” da droga, como é popularmente conhecida atualmente (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 96-99).



Com o desenvolvimento das indústrias farmacêuticas na produção de artigos que continham a cocaína em sua composição (séculos XIX e XX) e sem a regulamentação da distribuição dos mesmos em farmácias e mercearias, o seu consumo na forma de cigarros, charutos e inalantes, por exemplo, foi amplamente difundido.

Entre 1910 e 1920 surgiram as primeiras leis restritivas a seu uso, como o Harrison Act (1914) nos Estados Unidos e o Decreto-lei Federal nº 4.292 (1921) no Brasil, que tornaram a cocaína menos disponível no mercado interno. Em 1926 Hans Maier, autor do livro *Der Kokainismus* (O Cocainismo), divulgou relatos em sua obra sobre as possíveis complicações do uso abusivo de cocaína, o que proporcionou à população mais conhecimento sobre os riscos de sua utilização.

Além desses fatores, o surgimento de outras drogas psicotrópicas estimulantes – como as anfetaminas, mais baratas e com efeitos mais duradouros – resultou no declínio do consumo de cocaína entre as décadas de 1910 e 1930. Esta só voltou a ser utilizada de forma mais frequente e diversificada nas décadas de 1970 e 1980. Tal fenômeno pode ser explicado pela organização da produção e distribuição da substância ocorrida nessa época por cartéis de traficantes sul-americanos (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 96-99). Alencar et al. (2003, p. 169-188) acreditam que, além da facilidade de acesso, do aumento da oferta e da queda do preço, as características econômicas e sociais da época também exerceram influência no aumento do consumo. Os autores explicam sua perspectiva argumentando que, por ser uma substância capaz de aumentar a atividade cerebral e, por consequência, a disposição física do usuário durante seu efeito, a cocaína tornou-se o “combustível” para que fosse alcançado o ritmo de vida a que estavam submetidos os indivíduos.

A cocaína é apenas uma das diversas substâncias psicotrópicas utilizadas no passado de forma ritualística e que, com o desenvolvimento de técnicas que permitiram a potencialização de seus efeitos, passou a ser considerada ilegal devido à sua capacidade de causar danos não só ao próprio indivíduo como à sociedade de forma geral.



Ação da cocaína no Sistema Nervoso Central

O sistema nervoso é formado principalmente por dois tipos de células: as células da glia e as células nervosas, ou neurônios. Embora ainda não se saiba completamente todas as funções das células da glia no sistema nervoso, sabe-se que elas atuam no suporte para o bom funcionamento do mesmo através de funções como a transferência de nutrientes e de proteção aos neurônios.

O neurônio é a unidade funcional do sistema nervoso, ou seja, é a menor estrutura capaz de realizar todas as funções desse sistema. Os neurônios são formados por um *corpo celular*, que apresenta apêndices denominados *dendritos* e *axônios*, os quais transportam o impulso nervoso. Os neurônios geralmente se comunicam entre si através de sinais químicos, ou seja, através da liberação de neurotransmissores por meio de uma pequena fenda de contato denominada sinapse.

A ação farmacológica da cocaína está relacionada com os neurotransmissores dopamina, noradrenalina e serotonina. A cocaína impede que esses neurotransmissores sejam recaptados nas fendas sinápticas, fazendo com que as suas concentrações se elevem e, como consequência, as funções que executam fiquem potencializadas. Por isso é que, ao consumir a droga, o usuário tem a sensação de prazer e euforia.

Diferentes formas de consumo da cocaína

De acordo com o CEBRID (2006), a cocaína é sintetizada em diferentes estados da substância, sendo mais facilmente encontrada como pó (cloridrato de cocaína), *crack* (aspecto de pedra) e *merla* (consistência pastosa). Há ainda o chá (produzido com as folhas de coca) e a pasta de coca (sulfato de cocaína), a qual é fumada em cigarros conhecidos como *basukos*.



O “pó” é consumido através de sua aspiração ou por via endovenosa após ser diluído em água. Depois da aspiração, a droga leva de 10 a 15 minutos para fazer efeito. Através da aplicação da substância diretamente no sangue, os efeitos surgem de três a cinco minutos.

Para o consumo da droga na forma de merla ou crack, é necessário aplicar calor de 95° para que a base ou pedra se torne volátil e própria para ser inalada. Drogas consumidas desta forma atingem primeiramente o pulmão, que é um órgão altamente vascularizado e com grande superfície, ocasionando a absorção instantânea da substância, visto que ela chega rapidamente à circulação e, por consequência, ao cérebro. Sendo assim, os efeitos da cocaína sob a forma de crack ou merla agem mais rapidamente que os efeitos do “pó”, sendo observados de 10 a 15 segundos após seu consumo. Porém, a duração do efeito é menor, levando apenas em torno de cinco minutos, enquanto sob a forma de pó os efeitos da cocaína duram de 20 a 45 minutos. Por esse motivo, a frequência no uso daqueles que consomem o crack costuma ser maior que naqueles que fazem uso do pó de cocaína, contribuindo para estabelecer a dependência mais rapidamente.

Quadro 1: Tempo de duração do efeito da cocaína segundo estados da substância

Estados da substância		Tempo de início do efeito	Duração do efeito
Pó	Endovenoso	3 a 5 minutos	20 a 45 minutos
	Aspirado	10 a 15 minutos	
Crack		10 a 15 segundos	5 minutos
Merla			

Fonte: CEBRID (2006)



Efeitos da cocaína

O início rápido dos efeitos da cocaína consumida na forma de pó, *crack* ou merla produz uma sensação intensa e agradável, mas pouco duradoura, chamada de *rush*. A intensidade da sensação vivenciada pelo indivíduo na primeira vez que administra a droga na vida não é novamente sentida, fazendo com que o usuário tenda progressivamente a consumir doses maiores da droga na busca de obtê-la novamente (JAFFE, 1999, p. 883-892).

Ao utilizar repetidamente esta substância, o usuário entra em um processo de compulsão conhecido como *fissura*, caracterizado pela vontade incontrolável de sentir os efeitos prazerosos que a droga provoca. Com a administração repetitiva da droga, o usuário pode desenvolver o que conhecemos por tolerância⁷ à cocaína e levá-lo à dependência psíquica⁸ (CEBRID, 2006).

Os sintomas mais comumente relatados após o uso de cocaína são: perda da fome e do sono, euforia, sensação de bem-estar e aumento de energia. Em doses maiores, pode provocar ainda irritabilidade intensa e excitação sexual. Os efeitos físicos mais comuns são: aumento dos batimentos cardíacos, dilatação da pupila (midríase), aumento da temperatura corporal, suor e palidez. Apesar de muito intensas, essas sensações desaparecem rapidamente, sobrevivendo a apatia, tristeza e ansiedade (MANSUR, 1986).

⁷ Processo progressivo de adaptação do organismo à droga. Ocorre quando esta é utilizada de modo regular, havendo diminuição da resposta orgânica à administração da dose usual da substância no organismo. Ocorre segundo dois mecanismos: adaptabilidade dos neurônios à presença da substância ou adaptação metabólica do organismo à sua presença contínua, fazendo com que o usuário precise de doses cada vez maiores da droga para conseguir o efeito desejado (ALENCAR et al., 2003).

⁸ Sensação prazerosa conquistada por seu consumo pode se sobrepor a seus malefícios e consequências, determinando a busca incessante da droga, mesmo não havendo necessidade física da substância (ALENCAR et al., 2003).

Padrões de uso e abuso de cocaína

Para Niel, Julião e Silveira (2007, p. 73-81), existe a possibilidade de uso recreativo de drogas psicotrópicas, ou seja, do consumo destas substâncias sem que haja prejuízos para a saúde física e mental do indivíduo, assim como para a conduta em sua vida social. Porém, este padrão de utilização da droga não significa absoluta segurança quanto à não dependência do usuário.

O abuso para estes autores ocorreria à medida que as condições físicas e mentais normais do indivíduo, assim como suas relações sociais e interpessoais, são afetadas. Já a dependência é caracterizada principalmente pela perda de controle do consumo da substância, que se manifesta de forma insistente e compulsiva, mesmo havendo significativos problemas decorrentes deste processo. A dependência geralmente é acompanhada de tolerância e síndrome de abstinência⁹.

Para Jaffe (1999, p. 883-892), a dependência de substâncias psicotrópicas se dá a partir da reunião de diversos fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nem todos os dependentes são submetidos ao mesmo conjunto de fatores ou experimentam efeitos semelhantes quando utilizam a mesma substância.

A UNESCO (apud ZAGURY, 1996) indica diferentes critérios para classificar os usuários de drogas. Estes se referem à frequência do uso da droga e aos impactos na vida social e pessoal do indivíduo. O “experimentador”, por exemplo, utiliza a droga uma ou poucas vezes na vida (usou e não usa mais), podendo ser levado a tal experiência por influência do grupo social ao qual pertence ou pela curiosidade. Há ainda o usuário ocasional, que utiliza a droga somente quando esta está disponível, e o usuário habitual, que já apresenta consumo frequente (usa todos os dias, quase todos os dias e finais de semanas), mas ainda não sofreu rupturas sociais significantes para ser considerado usuário dependente. Este último apresenta forte rompi-

⁹ Presença de sintomas físicos e psíquicos em decorrência da diminuição ou interrupção do consumo da substância (NIEL, JULIÃO & SILVEIRA, 2007).



mento dos vínculos sociais e afetivos, fazendo com que a droga assumira um papel determinante em sua vida.

Como o interesse neste trabalho diz respeito aos possíveis fatores que levam o adolescente ao uso da cocaína, não importando o padrão de uso que o mesmo possui ou virá a desenvolver, não daremos ênfase na discussão à classificação do usuário.

ADOLESCÊNCIA

O que é adolescência?

A etimologia da palavra “adolescência” vem do latim *adolescere*, que significa brotar, crescer (TEIXEIRA, 2007, p. 15-19). O termo “adolescência” é definido de diversas formas, sendo cada conceito influenciado por aspectos jurídicos, sociais, culturais e psicológicos.

É comum a visão de que a adolescência é uma fase problemática e transgressora. A passagem da infância à fase adulta é marcada por conflitos internos e externos ao indivíduo, que influenciam na construção de sua personalidade, assim como na tomada de decisões sobre suas metas de vida.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência abrange o período que vai dos 10 aos 19 anos, caracterizando-se por mudanças físicas acentuadas, diferentes das que ocorreram na fase infantil. Essas alterações são influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos (WHO apud ALARCON, 2006). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescentes aqueles compreendidos na faixa etária dos 12 aos 18 anos, sobre os quais a irresponsabilidade jurídica e civil se soma à necessidade de proteção (BRASIL, 1997).

Zagury (1996), por outro lado, defende a não existência de uma faixa etária delimitada correspondente à fase da adolescência. Ela de-

fine ser este um período entre a infância e o início da idade adulta, que abrange mudanças de âmbito biopsicossocial. Estas se relacionam ao comportamento, à necessidade de autoafirmação e de independência da autoridade dos pais, e às mudanças corporais, como o acentuado desenvolvimento físico e o amadurecimento sexual. Outra característica universal a esta etapa do desenvolvimento se refere à conquista de espaço na sociedade como ser pensante, através do desenvolvimento e da defesa de suas próprias ideias. Há também a transferência do núcleo afetivo do adolescente da família para o grupo de amigos. Este processo proporciona ao indivíduo o que Souza (1999, p. 95-101) chama de “refúgio psicológico”, que é a possibilidade de testar suas próprias ideias e estabelecer a independência dos pais. Desta forma, além de conquistar sociabilidade, o adolescente passa a seguir padrões determinados pelo grupo, como a forma de se comportar e de se vestir, por exemplo, passando inclusive a compartilhar ideias semelhantes.

Neste trabalho, entendemos adolescência como uma fase específica do desenvolvimento humano, compreendida na faixa que abrange dos 12 aos 20 anos aproximadamente, podendo se estender ou encurtar, dependendo do desenvolvimento emocional, psíquico e físico do indivíduo. É um período dotado de conflitos sociais, culturais e psicobiológicos que se modificam de acordo com as características do indivíduo, do ambiente, da cultura e da sociedade em que se encontra.

Características de diferentes períodos do desenvolvimento humano

Na divisão do desenvolvimento humano proposto pela Psicanálise, as fases de latência e a puberdade antecedem a adolescência. O período de latência é marcado pela posição do sujeito como reflexo dos ideais familiares. Nessa fase, o indivíduo observa e escuta sua própria história através das falas de seus familiares, elaborando concepções sobre si próprio e as relações familiares, as quais serão questionadas durante a adolescência (TEIXEIRA, 2007, p. 15-19).



Na puberdade, que segue o período de latência, o indivíduo tem a maturação de seus caracteres sexuais físicos e passa a entender a si mesmo como aquele que tem seus próprios desejos. Inicia-se, assim, a conquista de seus primeiros objetivos sem a influência exercida pelos pais durante a infância.

A ruptura do estágio infantil proporcionado por essas duas fases concede a autonomia necessária ao jovem para que ele possa enfrentar seus problemas pessoais e os da sociedade a que pertence sob seu próprio ponto de vista, iniciando, assim, sua inserção no “mundo adulto”.

De acordo com Souza (1999, p. 95-101), a transição entre a infância e a fase adulta só é possível através de uma progressiva independência dos adultos (no caso, os que representam o papel de pais), que se dá através do desenvolvimento psicológico do indivíduo. Sem essa diferenciação entre o que é a vontade dos pais e o que é sua própria vontade, o adolescente não consegue entender a si mesmo como indivíduo autônomo e, assim, não consegue alcançar sua posição na sociedade.

Para Souza (1999, p. 95-101), o período da adolescência pode ser subdividido em fases. Dos 10 aos 14 anos, o indivíduo tende a estabelecer independência dos vínculos familiares, buscando a afirmação de sua personalidade. A fase intermediária, que se estende dos 14 aos 17 anos, é marcada pela busca da identidade e da satisfação sexual. Já na fase tardia, dos 17 aos 20 anos, aproximadamente, o adolescente busca independência econômica e financeira, estabilidade social e desenvolvimento de seus valores culturais, a fim de consolidar sua condição de indivíduo único e social.

Esses padrões de comportamento não são encontrados em todos os indivíduos, mas são observados com certa frequência nessa fase da vida. As características pessoais de cada um, assim como o ambiente e as condições sociais a que estão submetidos, modificam o comportamento de cada jovem.

O comportamento de risco e seus efeitos

Dentre as características observadas durante o período da adolescência, há o que alguns especialistas chamam de comportamento de risco. De acordo com Silva e Mattos (2004, p. 31-44), o comportamento é o processo cerebral final realizado pelos neurônios que captam os estímulos do ambiente, transformando-os em respostas corporais. Ao analisar o comportamento de um indivíduo, devemos entendê-lo como um conjunto de fatores biológicos e psicossociais transformados em ações, e estar atento às condições em que vive o sujeito.

Reyna e Farley (2007, p. 62-71) dizem que por muito tempo se pensou que os adolescentes eram propensos a este tipo de comportamento por se acharem invulneráveis e subestimarem os riscos de suas atitudes. Entretanto, os mesmos autores afirmam que os jovens costumam, na verdade, superestimar tais riscos, projetando em certas situações efeitos maiores do que na realidade poderiam provocar. Porém, mesmo assim, mantêm tais comportamentos porque os adolescentes avaliam que os benefícios provocados por assumirem tais comportamentos (como o consumo de drogas) valem a pena, apesar das possíveis consequências de sua atitude.

Pode-se dizer que durante a adolescência o ser humano está mais propenso a atitudes impulsivas do que em outra época da vida, o que possivelmente o leva a apresentar comportamentos de risco, dentre eles o uso de drogas. Uma das explicações relacionadas aos aspectos biológicos responsáveis pelas atitudes de risco está no fato de que algumas regiões cerebrais têm seu desenvolvimento aumentado durante a adolescência, como a amígdala, o hipocampo e a região pré-frontal. Os primeiros estão relacionados à emoção e à memória, já a região pré-frontal faz parte dos circuitos motivacionais, também chamados circuitos do prazer, que são responsáveis pela manutenção das funções básicas do organismo, pelas tomadas de decisão e pela impulsividade do indivíduo (SILVA; MATTOS, 2004, p. 31-44).

Além dos determinantes biológicos, atitudes de risco são também influenciadas por fatores psicossociais e culturais. Para Alarcon (2006, p. 233-257), a curiosidade natural do adolescente, a busca da realização



imediate dos desejos e a necessidade de integração grupal são alguns dos fatores que levam ao uso de drogas. Porém, o consumo dessas substâncias, como consequência da ação desses fatores, representa apenas a escolha por um estilo de vida arriscado, o que desconsidera as condições de vida a que o indivíduo é submetido, fator social importante no processo do consumo de substâncias psicotrópicas. O uso de drogas que intensificam a sensação de euforia e prazer como a cocaína proporciona, por exemplo, a fuga do usuário de uma realidade intolerável e sofrida.

Já para Zagury (1996), além da influência do meio¹⁰, as características pessoais de cada indivíduo atuam em determinadas situações de conflito pessoais e sociais. A personalidade e a autoestima, por exemplo, são fatores que, para a autora, pode contribuir para o consumo de drogas.

De acordo com Bucher (1992b, p. 27-40), a necessidade de transgressão e contestação das normas morais e éticas de uma sociedade é outro aspecto que pode levar ao consumo de drogas, principalmente as ilícitas, como a cocaína. Os objetivos para a transgressão se modificam de acordo com as características de cada sociedade e época. Entre os adolescentes da década de 1960, por exemplo, os psicodélicos eram o tipo de droga mais consumido, já que as ideologias da época apontavam para a necessidade de contestação cultural na tentativa de conquista de um padrão de vida libertário e inovador. Já o maior uso de drogas como a cocaína entre os adolescentes da década de 1990 pode, para Alencar et al. (2003, p. 169-188), ser entendido como um reflexo da sociedade de consumo, em que existe a necessidade do prazer imediato. Bucher (1992b, p. 27-40) afirma que o consumo de drogas excitantes permite ao adolescente suprir essa necessidade, assim como esquecer seus problemas pessoais e inseguranças. Desta forma, o consumo de drogas não caracteriza somente uma

¹⁰ Para a autora, a influência do meio é fundamental no processo de formação da personalidade do indivíduo, uma vez que as características pessoais intrínsecas a cada indivíduo podem ser influenciadas e “aperfeiçoadas” através da ação positiva do meio. No contexto da adolescência, o exemplo dos pais e o ambiente acolhedor da família e dos demais grupos sociais são fatores positivos do meio.



atitude transgressora, e sim a integração em uma sociedade em que o adolescente, apesar de contestar, necessita estar inserido.

A CULTURA E A SOCIEDADE PERANTE O USO DE PSICOTRÓPICOS

Para analisarmos os possíveis fatores que levam ao uso de drogas psicotrópicas, é necessário compreender em que contexto elas se inserem. Velho (1993, p. 274-279) chama de *mundo das drogas* as relações sociais que organizam, distribuem e consomem drogas legais e ilegais, assim como o conjunto de valores culturais, estilos de vida e visões de mundo agregados ao consumo destas substâncias. As particularidades dos diversos grupos consumidores demonstram que cada substância é utilizada de acordo com as ideologias do indivíduo, suas características psicológicas e com o contexto social e cultural então presentes. Por estes motivos, o autor aponta a dificuldade em se estabelecer regras gerais que determinam os fatores que influenciam o uso de drogas psicotrópicas, principalmente as ilegais, como a cocaína.

Bucher (1992b, p. 27-40) afirma que consumir drogas é uma prática milenar e universal, que acompanha as evoluções culturais e sociais do estilo de convivência de uma população. O autor faz uso das formas singulares de consumo da cocaína nas diferentes épocas da história da humanidade para mostrar a importância exercida pelo contexto em que esta é utilizada. Cita como exemplo a diferença entre o uso da coca no passado, pelas civilizações andinas, e as circunstâncias que influenciam o consumo de cocaína na atualidade. Para as civilizações pré-colombianas, o ato de mascar a coca era um hábito social e religioso. A planta de coca era sagrada, um presente divino para recompensar os homens por seu trabalho, trazendo-lhes força e vitalidade. O consumo das folhas de coca através da mastigação e do chá fazia parte da cultura dessa sociedade, que considerava fun-



damental o contato dos homens com a natureza. Já no Brasil, até o início da década de 1990, a coca era consumida em sua variante, o *epadú*, nome indígena dado à folha de coca torrada e socada no pilão e depois misturada com as cinzas da folha de *embaúba* (outra planta). Os nativos, principalmente os da tribo dos Tucanos, mastigavam o pó sob a forma de “bolinhas” que se dissolviam lentamente, chegando ao estômago e sendo absorvidas pelo sangue. Além do valor nutricional contido nas folhas de coca, o consumo da planta proporcionava bem-estar e a sensação euforizante (BUCHER, 1992a, p. 114-138).

Um ponto importante para entender a diferença sociocultural do consumo da coca como no passado e atualmente é diferenciar o que é a matéria-prima e o que é a substância como conhecemos hoje. A coca é a planta de origem da cocaína, que é uma substância sintetizada do extrato das folhas de coca. Elas possuem características farmacológicas diferentes. A coca, ao ser consumida, é metabolizada pelo estômago e pelo fígado e transformada em uma substância chamada ecgonina, 80 vezes menos tóxica que a cocaína (SHEFFER, 1982 apud BUCHER, 1992a, p. 114-138). O hábito de consumir coca ainda está presente em algumas civilizações andinas que preservam a tradição e vem sendo retomada por algumas tribos brasileiras da região amazônica.

Já na sociedade de consumo, constituída a partir da Revolução Industrial e intensificada com o processo da globalização, as drogas psicotrópicas não têm a conotação religiosa presente nas antigas civilizações. Com o ritmo acelerado e as várias demandas da sociedade contemporânea, o uso de substâncias capazes de alterar o estado físico e de consciência do indivíduo começa a ser influenciado prioritariamente pelas ideias e valores que se modificaram através das décadas do século XX. Nos anos de 1960, por exemplo, o movimento da contracultura e da contestação hippie procurava meios de vida alternativos ao modelo de competição e consumo proposto pela sociedade. As drogas psicodélicas e a maconha eram exemplos de substâncias usadas para representar o estilo de vida libertário proposto pelo movimento.



Com a criação de um novo modelo consumista entre as décadas de 1980 e 1990, o movimento da contracultura¹¹ e seus ideais idílicos foram perdendo espaço para o novo ritmo de vida. As drogas passaram a acompanhar o ideal de consumo da sociedade vigente, prometendo e proporcionando o prazer imediato, além do alívio das pressões sociais provocadas pelo *stress* da vida cotidiana representado, por exemplo, pelas frustrações, pela alta competitividade, pelo anseio por *status*, pela violência e por outras situações adversas.

Mourão (2003, p. 109-118) corrobora com a perspectiva apresentada por Bucher (1992b, p. 27-40), dizendo que durante este período a droga perdeu o espaço que tinha no movimento da contracultura e passou a ter novo significado. Para a geração de 1970, a droga era dotada de função simbólica mágica, era o instrumento necessário para alcançar novos universos. Durante os anos posteriores, diante do mundo globalizado, mais dinâmico e consumista, tornou-se apenas mais uma mercadoria disponível, perdendo o simbolismo que angariara entre as gerações passadas.

A disseminação do consumo de cocaína durante o século XX é, segundo Bucher (1992a, p. 114-138), resultante de uma cadeia de fatores políticos, econômicos, culturais e sociais. O tráfico de drogas psicotrópicas ilegais constitui um sistema de comércio internacional, bem diferente dos usos para fins ritualísticos de outrora. O autor afirma que a organização do tráfico de cocaína teve sua origem nos cartéis formados durante a década de 1960, envolvendo organizações norte-americanas e latinas. Durante o governo do presidente John Kennedy, nos Estados Unidos, os jovens americanos que não se alistaram para a guerra do Vietnã seguiram em missões chamadas *Corpos de paz*, cujo objetivo era cooperar para o desenvolvimento dos chamados países do *terceiro mundo*. Os voluntários americanos trouxeram o conhecimento do refinamento da cocaína, modificando o tratamento dado às folhas

¹¹ Segundo Velho (1993), o movimento da contracultura caracterizava-se pela rejeição do modo de vida da sociedade vigente, dos valores familiares, educacionais e de trabalho. A liberdade sexual, amorosa e o comunitarismo eram ideais marcantes, assim como o descompromisso com os objetivos materiais.



de coca até aquele momento na região. A partir de 1970, aumentou a demanda por cocaína no mercado consumidor e o tráfico da droga cresceu substancialmente. O Cartel de Medellín, principal organizador do sistema de comercialização de cocaína na América Latina do período, era um exemplo de “modelo empresarial moderno”, com suas elaboradas estratégias de mercado (GUIZADO, 1981 apud BUCHER, 1992a, p. 114-138). O cartel envolvia, além dos produtores e distribuidores de cocaína, os interessados em financiar o sistema. Desta forma, latifundiários, banqueiros, políticos e outros investidores financeiros contribuíram para a criação e manutenção deste poder paralelo.

No Peru e na Bolívia, a produção de coca foi desenvolvida devido a questões econômicas ligadas à produção agrícola. Por ser uma planta de cultivo relativamente fácil e por sua rentabilidade, o plantio de coca se tornou a principal fonte de renda desses países. Organizações bolivianas e peruanas tentaram comercializar a coca através de medicamentos com potencial antidepressivo e estimulante. Essa iniciativa feriu os interesses dos grandes produtores de substâncias sintéticas, como as anfetaminas, que articularam um boicote aos produtores, desestruturando a vida social e econômica das populações que viviam do plantio da coca nestes países.

O Brasil passou a ser rota do tráfico à medida que a produção de coca foi dificultada pelas políticas de intervenção nos países andinos. O cultivo do *epadú* nas florestas tropicais brasileiras apresentava características que favoreciam seu comércio, como a difícil detecção da planta na floresta, a alta lucratividade de sua produção agroindustrial, a permeabilidade das fronteiras e as frequentes crises econômicas e políticas no país entre as décadas de 1960 e 1990 (DELPIROU; LABROUSSE, 1988 apud BUCHER, 1992a, p. 114-138). O United Nations Office on Drugs and Crime (Escritório de Drogas e Crimes das Nações Unidas) relata que o consumo de cocaína no país é maior nas regiões que fazem parte do percurso do tráfico (UNODC, 2009b).

Índice de consumo de cocaína entre adolescentes

O Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas (CEBRID), pertencente ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realiza pesquisas sobre o uso de drogas psicotrópicas no país e vem desde a década de 1980 realizando levantamentos¹² detalhados sobre o tema. Os estudos epidemiológicos realizados apresentam diferenças significativas entre os dados levantados sobre o consumo de drogas por adolescentes e as especulações feitas pela imprensa, as quais costumam ser exageradas.

Neste aspecto, a mídia assume papel paradoxal. Em relação às drogas ilegais, os veículos de imprensa veiculam propagandas que mistificam o uso da droga e recriminam o usuário. Porém, quanto às drogas legalizadas, como o álcool e, até recentemente, o tabaco, as propagandas são elaboradas de forma a atrair o consumidor, principalmente adolescentes e jovens, por meio da representação positiva das imagens (GOMIDE; PINSKY, 2004, p. 54-67).

Os levantamentos sobre o uso de drogas psicotrópicas por uma amostra representativa de estudantes adolescentes realizados pelo CEBRID entre os anos de 1987 e 1997 já apontavam o aumento do consumo generalizado destas substâncias no país. Em relação à cocaína, o consumo de crack e da merla quadruplicou nesses dez anos. Em 1987, apenas 0,5% dos entrevistados usaram cocaína na vida. Em 1997 esse número chegou a 2% dos adolescentes. Nesse mesmo ano, os índices de consumo de cocaína em países europeus, como Portugal e França, apontaram níveis menores de consumo que o Brasil (cerca de 1% dos adolescentes usaram cocaína pelo menos uma vez na vida). Observa-se que essas diferenças estão relacionadas com uma série de fatores socioculturais, assim como interesses políticos e econômicos em torno da droga. Se analisarmos o segmento de adolescentes e crianças de rua, por exemplo, identificamos que, em 1997, 88,1% dos entrevistados

¹² Até a presente data foram realizados 5 levantamentos: em 1987, em 1989, em 1993, em 1997 e em 2004.



afirmavam já ter usado pelo menos um tipo de droga durante a vida, incluindo cocaína e crack. O elevado índice de uso de droga entre essa população deve-se prioritariamente à fácil disponibilidade de drogas e à fragilidade dos vínculos familiares (NOTO, 2004, p. 45-53).

Tabela 1: Síntese da tendência do uso na vida por estudantes de 10 a 18 anos das cinco drogas que apresentaram maiores percentagens de uso (exceto tabaco e álcool) em 10 capitais brasileiras que fizeram parte dos cinco levantamentos realizados pelo CEBRID (1987, 1989, 1993, 1997 e 2004).

Capitais	Uso na vida	Maconha	Cocaína	Anfetamínicos	Solventes	Ansiolíticos
Belém	.	.	↑	.	↑	↓
Belo Horizonte	.	↑	↑	↑	.	.
Brasília	.	.	.	↑	.	.
Curitiba
Fortaleza	.	.	↑	↑	.	.
Porto Alegre	.	↑
Recife	.	↑	↑	.	.	.
Rio de Janeiro	.	↑	↑	.	.	↓
Salvador	.	↓	↑	.	.	.
São Paulo	.	↑

Legenda:

• Indica que não houve mudanças da tendência de uso na vida.

↑ Indica aumento da tendência de uso na vida.

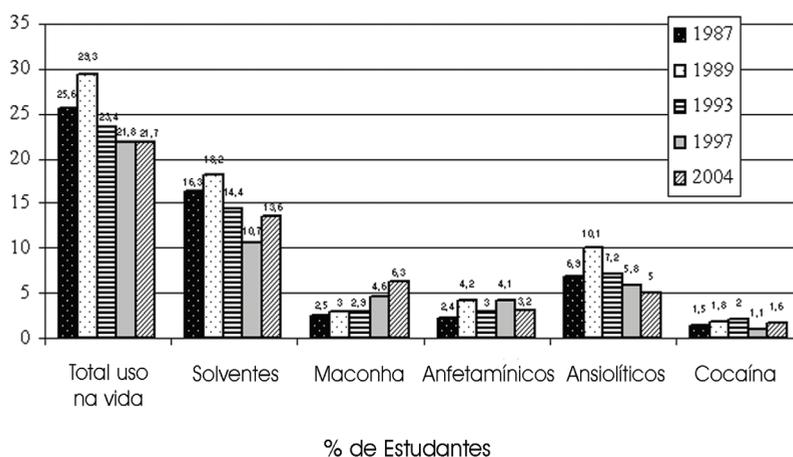
↓ Indica diminuição da tendência de uso na vida.

Fonte: CEBRID (2004).

O último levantamento sobre drogas psicotrópicas no Brasil foi realizado em 2004 em 27 capitais do país, tendo como amostra 48.115 estudantes do Ensino Médio e Fundamental de escolas públicas. Os

dados relativos a este ano evidenciam que o padrão de consumo de cocaína de 2% entre adolescentes no país manteve-se, de modo geral, constante desde 1997. Entretanto, há diferenças na progressão dos índices entre as capitais estudadas. O Rio de Janeiro, por exemplo, sofreu aumento de 0,5 % no consumo de cocaína por adolescentes no período de 1997 a 2004 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Comparação do percentual obtido nos 5 levantamentos feitos pelo CEBRID do uso na vida de drogas (exceto tabaco e álcool) de alunos da rede municipal e estadual do Rio de Janeiro

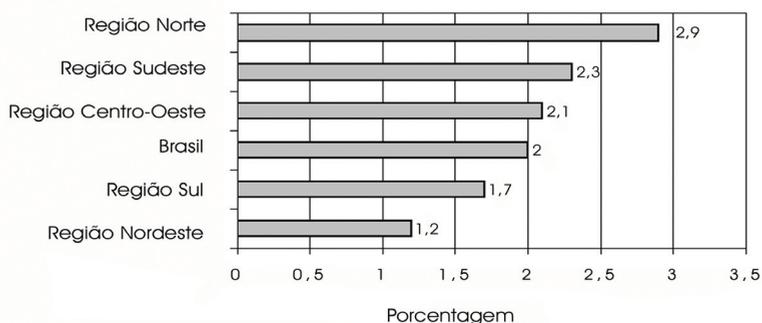


Fonte: CEBRID (2004).

A região Norte foi a que correspondeu à maior frequência de uso na vida de cocaína por estudantes jovens, com o índice 2,9%. A região de menor frequência foi a Nordeste, apontando 1,2% de consumo da substância entre adolescentes (Gráfico 2). Em relação ao crack, seu consumo no Brasil foi de 0,7% entre os adolescentes da rede pública de ensino. A região Sul foi seu maior consumidor, com 1,1% de utilização na vida. A região Norte foi a que apresentou menor consumo, cerca de 0,6% (Gráfico 3).

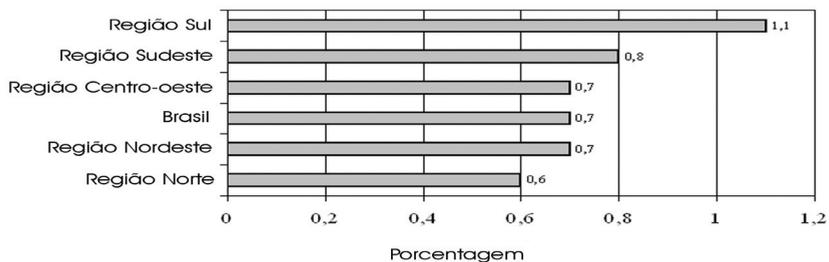


Gráfico 2: Padrão de uso na vida de cocaína no Brasil e em suas respectivas regiões 2004



Fonte: CEBRID (2004).

Gráfico 3: Padrão de uso na vida de crack no Brasil e em suas respectivas regiões em 2004



Fonte: CEBRID (2004).

Possíveis fatores que influenciam o consumo de cocaína entre adolescentes

Não é possível pensar em um único motivo que justifique o uso de drogas psicotrópicas, nem mesmo um conjunto determinado ou específico deles que se aplique a todos os usuários de drogas. O consumo dessas

substâncias abrange aspectos diversificados e complexos, formando uma teia de determinantes; uma infinidade de possíveis configurações, cuja análise é capaz de auxiliar no entendimento da questão.

No caso específico dos adolescentes, além do contexto social e cultural que influenciam o uso dessas substâncias, questões relativas ao desenvolvimento psicobiológico desses indivíduos tornam-se relevantes para a análise da problemática.

No que tange ao contexto cultural na contemporaneidade, a ideologia da sociedade capitalista de consumo é um dos fatores que podem influenciar o uso de cocaína entre os adolescentes. Segundo Alencar et al. (2003, p. 169-188), o mundo globalizado atual, com seu avançado desenvolvimento tecnológico, oferece inúmeras possibilidades no que diz respeito ao estilo de vida e aos padrões de consumo de cada indivíduo. Tais características estabelecem cotidianos cada vez mais agitados, assumindo assim a droga o papel de “combustível” capaz de proporcionar a velocidade necessária para se alcançar este estilo de vida.

A estruturação dos sistemas de produção e distribuição de drogas torna a disponibilidade de substâncias psicotrópicas mais acessíveis aos possíveis consumidores, o que permite o início cada vez mais precoce do uso de drogas por adolescentes. No levantamento de 2004 realizado pelo CEBRID, a cocaína foi a droga cuja idade inicial do uso foi a mais alta, com média de apenas 14,4 anos de idade.

Juntamente às ideologias de nossa sociedade de consumo e às oportunidades de acesso às drogas, o conjunto de valores e práticas que constituem a cultura de determinada sociedade ou até mesmo os padrões de conduta de cada grupo social também influenciam o uso. A necessidade de integração grupal do adolescente, seja em uma confraternização de amigos ou no próprio estilo de vida da sociedade da qual faz parte, pode estimular o uso de drogas como objeto de identificação com os grupos (ALARCON, 2006, p. 233-257). Além disso, a curiosidade natural dos adolescentes e a busca pela realização imediata de seus objetivos também contribuem para a busca por drogas.



Em relação aos fatores psicobiológicos, como já apontado, o desenvolvimento de certas áreas cerebrais que proporcionam a impulsividade torna os jovens mais suscetíveis ao consumo dessas substâncias, assim como aos efeitos que elas provocam (SILVA; MATTOS, 2004, p. 31-44).

Ao abordar características pessoais de cada jovem, Zagury (1996) afirma que cada indivíduo se posiciona de maneiras diferentes diante da mesma realidade. Desta forma, uma realidade pode se mostrar insuportável para certo indivíduo, que acaba encontrando na droga uma forma de protesto ou uma rota de fuga, levando o adolescente a um estado de consciência que lhe possibilite se ausentar daquele conflito.

A necessidade de integração grupal dos adolescentes, as características pessoais, a disponibilidade das drogas, o conjunto de valores e crenças de nossa cultura e a estruturação da sociedade em que vivemos, dentre inúmeros outros fatores, são apenas alguns enlaces da teia de motivos que podem levar o adolescente a consumir drogas, cabendo sempre a lembrança de que nenhum deles é isoladamente determinante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento bibliográfico realizado para a elaboração do presente trabalho nos aponta que a publicação de artigos relacionados ao *abuso* de drogas psicotrópicas é muito superior àqueles que se relacionavam ao uso de drogas, principalmente quanto ao consumo ocasional de cocaína entre adolescentes. A questão da toxicomania de massa é explorada, porém existem poucas informações acerca dos fatores que levam ao uso da cocaína, dificultando uma análise mais profunda sobre o assunto. Desse modo, uma pergunta que podemos formular é: como estabelecer critérios de prevenção e intervenção sem o conhecimento dos principais motivos que levam o adolescente a consumir tais substâncias?



Primeiramente, é necessário entender que o consumo de drogas capazes de alterar o estado de consciência do indivíduo é uma prática milenar, no contexto da cultura e da sociedade em que essas substâncias se inserem. Ao longo do tempo, elas foram utilizadas de formas e com objetivos diferentes. A disponibilidade de tais substâncias na atualidade e as ideologias e promessas que carregam podem despertar a curiosidade de se experimentar a euforia e a realização imediata dos anseios, típicos da fase adolescente. Mas por que alguns usam a droga sob essas e outras perspectivas e outros indivíduos submetidos às mesmas condições sociais não as utilizam? As características pessoais de cada um e o estilo de vida do grupo social a que pertencem podem ser alguns dos fatores que favorecem ou desfavorecem o uso de drogas entre adolescentes, assim como a “predisposição” biológica dos indivíduos a correr riscos nesta fase de seu desenvolvimento. Desafiar as consequências de transgredir as regras de nossa sociedade, bem como os riscos do consumo destas substâncias, influencia a escolha de utilizar ou não drogas, principalmente a cocaína, caracterizada como uma droga euforizante de alto poder de dependência.

Como observado, as características da adolescência não são padronizadas entre os indivíduos, dificultando o estabelecimento de regras ou resultados precisos sobre os possíveis fatores que levam ao consumo de cocaína e outras drogas psicotrópicas. Fatores como o desenvolvimento cerebral adolescente (que favorece as atitudes de risco), o comportamento social do indivíduo dentro de um determinado grupo, a necessidade de inserção social, a disponibilidade de drogas psicotrópicas (influenciada pela organização do tráfico de drogas), as propagandas veiculadas na mídia e a estrutura da sociedade de consumo globalizada em que vivemos são apenas alguns dos motivos que, relacionados entre si, levam o jovem a consumir tais substâncias.

Como última consideração, enfatizamos a necessidade do desenvolvimento de estudos que tenham como foco o uso e não apenas o abuso de drogas, para que o preconceito e a mistificação em torno do assunto possam ser substituídos pela conscientização sobre os efeitos e os riscos do consumo dessas substâncias.



REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. *Drogas nas escolas: versão resumida*. Brasília: UNESCO, 2005, p. 60-69. Disponível em:

<<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139387por.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2007.

ALARCON, S. Adolescência, o uso de drogas e a atenção básica. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Estudos de politécnica e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 233-257.

ALENCAR, P. et al. O abuso de álcool e outras drogas. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 169-188.

BIREME. *Como pesquisar*. Disponível em: <http://bases.bireme.br/iah/online/p/helps/ajuda_form_lilacs.htm>. Acesso: 23 set. 2006.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 3 maio 2007.

BUCHER, R. A cocaína e suas ideologias. In: _____. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992a. p. 114-138.

_____. As dimensões sociais do consumo de drogas e a juventude. In: _____. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992b. p. 27-40.

CEBRID (Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. Disponível em:

<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/index.htm>. Acesso em: 5 set. 2007.

_____. *Cocaína*, 19 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://www.adolec.br/sleitura/index.php?action=artikel&cat=4&id=16&artlang=pt-br>>. Acesso em: 2 mar. 2007.



_____. *O que são drogas psicotrópicas*, 23 de março de 2000. Disponível em: <<http://www.adolec.br/sleitura/index.php?action=artikel&cat=4&id=18&artlang=pt-br>>. Acesso em: 2 mar. 2007.

EHRENBERG, A. Um mundo de funâmbulos. In: _____. (Org.). *Indivíduos bajo influencia: drogas, alcaholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004. p. 7-10.

FERREIRA, P. E.; MARTINI, R. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 2, 2001. p. 96-99.

GOMIDE, P. I. C.; PINSKY, I. A influência da mídia e o uso das drogas na adolescência. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto, 2004. p. 54-67.

JAFFE, J. Transtornos relacionados à cocaína. In: KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Tratado de psiquiatria compreensiva*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 883-892.

LEITE, E. M. D. *Dicionário de termos médicos*. Disponível em: <http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06270.php>. Acesso em: 22 de outubro de 2007.

MANSUR, J. *O que é toxicomania*. São Paulo: Nova Cultural, Brasiliense, 1986.

MARLLAT, B. C. *Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes*. Brasília: Senad, 2005. p. 16-25.

MOURÃO, C. A função do objeto droga na ideologia da contracultura e da cultura contemporânea. In: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*, Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003, p. 109-118. v. 2.

NIEL, M.; JULIÃO A. M.; SILVEIRA, D. X. Propensos ao excesso. *O olhar adolescente*. São Paulo: Ediouro, 2007. p. 73-81.

NOTO, A. R. Os índices de consumo de psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto, 2004. p. 45-53.

PLASTINO, C. A. Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea. In: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito, Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003, p. 133-144. v. 2.

REYNA, V.; FARLEY, F. *Flerte com o perigo. O olhar adolescente*. São Paulo: Ediouro, 2007. p. 62-71.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto, 2004. p. 31-44.

SOUZA, R. P. *O adolescente do terceiro milênio*. Rio Grande do Sul: Mercado Aberto, 1999. p. 95-101.

TEIXEIRA, A. R. *Sede de liberdade. O olhar adolescente*. São Paulo: Ediouro, 2007. p. 15-19.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Regional Office Brazil. *Country Profile 2009 – Brazil*. Disponível em:

<http://www.unodc.org/pdf/brazil/Country_Profile_2009_EN.pdf>. Acesso: 17 jun. 2009.

_____. *World Drug Report 2009*. Disponível em:

<http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2009.

VELHO, G. Dimensão cultural e política do mundo das drogas. In: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 274-279.

ZAGURY, T. *O adolescente por ele mesmo*. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZALUAR, A. Drogas, contexto cultural e cidadania. In: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 251-260.



CRÍTICAS À WIKIPÉDIA COMO INSTRUMENTO UNIVERSALISTA: CONCEPÇÕES DE SAÚDE EM DIFERENTES LÍNGUAS

Jimmi Austin Aragão Martins¹
Carla Macedo Martins²
Jairo Dias de Freitas³

INTRODUÇÃO

O artigo tem por objetivo discutir os limites e as possibilidades de alcance da universalização do conhecimento a partir de um projeto de enciclopédia livre multilíngue: a Wikipédia. Por universalização, entendemos o projeto tanto de reunir a totalidade do conhecimento acumulado quanto o de ampliar o acesso a este mesmo conhecimento.

A universalização do conhecimento se constituiu, no decorrer da história, como um objetivo a ser alcançado pela humanidade. Inúmeros movimentos e projetos foram feitos com o intuito de atingir esse objetivo, cujo marco fundamental foi o Iluminismo.

No primeiro item, procurou-se traçar, de forma breve, a história do projeto de universalização do conhecimento. Para tal, viu-se enriquecedor fazer um paralelo entre o projeto wikipediano e a precursora desse tipo de projeto e dessa modalidade de texto na história recente: a *Enciclopédia* de Diderot e D'Alembert. Esse paralelo é traçado justa-

¹Ex-aluno do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde (2005-2007).

²Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Doutora em Linguística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 2001). Contato: cmartins@fiocruz.br.

³Professor-pesquisador do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (LABFORM) da EPSJV. Doutorando em Saúde Pública e Meio Ambiente pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Contato: jairotek@epsjv.fiocruz.br.



mente para estabelecer que o sonho de universalizar o conhecimento é antigo e já estava em curso antes da Wikipédia. O paralelo revela ainda alguns pontos de distinção entre estes dois projetos.

No segundo item, procurou-se discutir – no âmbito da crítica ao “sonho de universal” – como o fato de a Wikipédia estar estruturada sob a forma de hipertexto e de diferentes línguas a distância de seu objetivo último. É corrente a ideia de que essa modalidade de texto não linear possibilita o contato do navegador “wikipedista” com a totalidade do conhecimento; portanto, o hipertexto se coloca como uma das formas de alcançar o projeto humano de universalidade. A outra forma proposta pela Wikipédia é a sua apresentação em diferentes línguas (seja através de verbetes produzidos originalmente em diferentes línguas, seja através da tradução de verbetes), considerando a diversidade linguística e buscando superar os limites à difusão do conhecimento relacionados ao uso hegemônico do inglês.

Por fim, no terceiro item, para explorar os limites e as possibilidades do projeto universalista da Wikipédia, analisamos a definição do conceito de saúde em duas diferentes línguas: os verbetes “saúde” (português) e “health” (inglês). A análise indica como as relações – técnicas, políticas, ideológicas – estabelecidas em cada verbete colocam em questão o projeto universalista da Wikipédia.

Com esses questionamentos, não se pretende esgotar o tema ou propor soluções tangíveis aos problemas apontados, mas desenvolver uma breve exploração crítica desta ferramenta que se propõe a contribuir para o projeto da universalização do conhecimento. Por se tratar de uma ferramenta de busca de informações que, ao ser utilizada no dia a dia e “cair no uso comum”, geralmente não sofre nenhum tipo de avaliação quanto ao sentido político deste projeto contemporâneo de universalização. O presente estudo almeja, assim, contribuir nesta direção.

Encyclopédie e universalismo

Nesse item, buscar-se-á explicitar o que é a universalização do conhecimento e mostrar como a *Enciclopédia* e a Wikipédia são projetos que perseguem esse intuito, embora de forma diferenciada.

O conceito de universalidade do conhecimento, para a presente investigação, se relaciona tanto com a reunião da totalidade do conhecimento acumulado pela humanidade quanto com a plena divulgação do mesmo – convençionamos chamar ambos aqui de *universalização, universalismo ou universalidade*.

Segundo Chartier (1999), a universalidade do conhecimento se expressaria não pela supressão das particularidades culturais, vivenciais e linguísticas, mas pelo acesso à sua produção escrita através da transposição das barreiras impostas pelo distanciamento geográfico e pelos registros em idiomas não dominados (por cada leitor-navegador, por exemplo).

A universalização do conhecimento se constituiu, no decorrer da história, como um objetivo a ser alcançado pela humanidade. Inúmeros movimentos e projetos foram feitos com o intuito de atingir esse objetivo, sobre o qual Chartier (1999) afirmou:

As Luzes, que pensavam que Gutenberg tinha propiciado aos homens uma promessa de universal, cultivavam um modo de utopia. Elas imaginavam poder, a partir das práticas privadas de cada um, construir um espaço de intercâmbio crítico das ideias e opiniões. O sonho de Kant era que cada um fosse ao mesmo tempo leitor e autor, que emitisse juízos sobre as instituições de seu tempo, quaisquer que elas fossem e que, ao mesmo tempo, pudesse refletir sobre o juízo emitido pelos outros [...] (CHARTIER, 1999, p. 134).

As Luzes” a que Chartier faz alusão é o termo figurativo que remete ao movimento filosófico iluminista que floresceu no século XVIII. No interior desse movimento surgiu o projeto de universalização do conhecimento tido pela historiografia como o mais importante: a *Enciclopédia* de Diderot e D’Alembert. Ou seja, na história recente da



humanidade – idades moderna e contemporânea –, a *Enciclopédia* é a precursora dos projetos que visam universalizar o conhecimento⁴.

Em relação ao “sonho de Kant”, as produções textuais particulares seriam postas em um espaço coletivo de compartilhamento do conhecimento, o que é exatamente a proposta da Wikipédia, objeto deste estudo. Ou seja, o desejo de reunir a totalidade do conhecimento e de torná-la universal, embora seja sonho antigo da humanidade – que os modernos tentaram realizar com a *Enciclopédia* –, encontra promessa contemporânea de realização na Wikipédia.

A *Enciclopédia racionada das ciências, das artes e dos ofícios por uma sociedade de letrados (Encyclopédie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers par une société de gens de lettres)* foi organizada em 35 volumes, separados em 71.818 verbetes e 3.129 imagens, tendo começado a ser escrita em 1751 e concluída em 1772. A produção de todo esse material foi coordenada por D’Alembert e Diderot, mas contou com o apoio de mais de 130 colaboradores, entre eles Montesquieu, Jean-Jacques Rousseau e Voltaire.

A taxonomia do conhecimento humano dividia-se pelas três faculdades básicas do homem: razão, imaginação e memória. A razão seria responsável pela geração das ciências, a imaginação geraria a poesia e as belas-artes, e a memória geraria a história. Nessa classificação, a Teologia era uma subcategoria da filosofia, motivo pelo qual a Igreja Católica proibiu a circulação do livro. Por conta da proibição, a circulação ficou restrita a alguns poucos grupos, no entanto espalhou-se por toda a Europa, tendo chegado ao continente americano.

Diderot e D’Alembert, entre outros, acreditavam poder reunir todo o conhecimento humano – em suas diversas áreas – de maneira que pudesse ser lido por todos aqueles que tivessem acesso ao conteúdo final de seu projeto: a *Enciclopédia*. Seu objetivo principal era construir um importante meio de divulgação das ciências, das artes e da filoso-

⁴ A noção de “enciclopédia” já existia antes do surgimento do Iluminismo. De acordo com Falcon (1989), a enciclopédia era sinônimo de projetos e tentativas que visavam reunir e condensar o conjunto de todo o saber existente num dado momento histórico.

fia, com o propósito de “destronar” a ordem social estabelecida pelo antigo regime e o obscurantismo religioso fundamentado nos dogmas da Igreja Católica.

Entende-se, portanto, que seu objetivo era duplo: uma sistematização inteligível do saber acoplada à máxima exatidão empírica possível: “(...) a *enciclopédia do iluminismo*, herdeira de uma ideia e de um projeto bem mais antigos, (...) teria a preocupação de ser bem mais que um dicionário” (ECO apud FALCON, 1989, p. 80).

Nesse sentido, D’Alembert explica⁵:

A obra ora iniciada tem dois objetivos: enquanto *enciclopédia*, deverá expor, na medida do possível, a ordem e o encadeamento dos conhecimentos humanos; como dicionário ‘raisonné’ das ciências, artes e ofícios, deverá conter a respeito de cada ciência ou arte, liberal ou mecânica, os princípios gerais que constituem as suas respectivas bases, bem como os pormenores mais essenciais constitutivos do seu corpo e substância. (FALCON, 1989, p. 81).

Isso significa que a enciclopédia pretendia ser completa do ponto de vista de abarcar todo o conhecimento produzido naquele momento histórico – como diz o conceito de *enciclopédia* exposto por Falcon –, contendo todas as ciências e artes em cada detalhe, deixando claro o objetivo universalista.

Em outras palavras, a Enciclopédia foi pensada para sintetizar todos os conhecimentos existentes e ser um veículo de divulgação dos mesmos. Deveria, de acordo com seus criadores, fazer uma espécie de “inventário” do saber, livre das concepções mítico-religiosas que embasavam o poder da Igreja e do Estado de então⁶.

⁵ Aqui cabe um esclarecimento, seguido de uma observação. Nossas citações da Enciclopédia foram retiradas de Falcon (1989), porque não foi possível o acesso à versão integral do “Discurso preliminar” na língua portuguesa. A última edição, de 1989, está esgotada. Cabe observar que é curioso, em nossa era, caracterizada pela profusão de material textual, que um texto desta importância seja inacessível.

⁶ É de se observar que o movimento iluminista teve seu desenvolvimento em países em que a Igreja Católica não exercia uma forte influência sobre o Estado, como a França e a Inglaterra.



A designação do projeto empreendido pelos filósofos citados é apresentada pelos mesmos no vocábulo “enciclopédia”, sendo a seguinte:

O objetivo de uma *Enciclopédia* é o de reunir os conhecimentos que estão esparsos sobre a superfície da Terra, expor o sistema geral desses conhecimentos a todos os homens e transmitir àqueles que virão depois de nós esse mesmo sistema, pois é preciso que os trabalhos dos homens dos séculos passados não tenham sido inúteis para aqueles dos séculos que ainda estão por vir. (VENTURI apud FALCON, 1989, p. 81).

Dessa conceituação, pode-se depurar o teor do intuito da Enciclopédia como totalizador dos conhecimentos esparsos sobre a “superfície da Terra” e uma evidência da antiguidade do interesse na *indestrutibilidade do texto*, transmitindo aos que ainda estão por vir o sistema geral dos conhecimentos. Ambos os intuítos concorrem para caracterizar a Enciclopédia como um projeto universalista. Além disso, na *Enciclopédia*, esta universalização passa também por uma tentativa de organizar, de forma global, o conhecimento em grandes categorias.

WIKIPÉDIA E UNIVERSALISMO

A Wikipédia foi criada em 15 de janeiro de 2001 por Jimmy Wales e Larry Sanger, sendo parte de um projeto de enciclopédia *on-line* chamado Nupedia⁷. No projeto Nupedia, os artigos eram submetidos a um processo de editoração por parte de um grupo de especialistas da área do artigo a ser publicado, o que conferiria maior credibilidade. Segundo Walles e Sanger, no entanto, esse processo era moroso em demasia.

Com base neste argumento, os criadores do projeto Nupedia decidiram fazer um projeto paralelo, onde não seria exigida a revisão de

⁷ A descrição desenvolvida neste item se baseia no documento intitulado “Wikipédia” (disponível na página <http://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia>).

especialistas na publicação dos artigos. Para tornar esse projeto mais factível, eles utilizaram um tipo específico de coleção de documentos em hipertexto, o *software* colaborativo chamado “Wiki” (WIKIPÉDIA, 2007); “um tipo de linguagem de programação baseada em html que simplifica os códigos para a digitação de textos e abre a possibilidade de qualquer pessoa alterar o conteúdo do *site*” (SILVA, 2004).

Dessa forma, a “construção” da Wikipédia é hoje baseada em trabalho voluntário. Com a possibilidade de alterar o conteúdo do *site* por parte dos internautas, a Wikipédia busca universalizar o processo de autoria e colocar cada usuário em posição de igualdade.

Nas palavras do cofundador Jimmy Wales, a Wikipédia é “um esforço para criar e distribuir uma enciclopédia livre e em diversos idiomas da mais elevada qualidade possível a cada pessoa do planeta, em sua própria língua” (WIKIPÉDIA, 2007). Atualmente, a Wikipédia está disponível em 257 idiomas; a versão original da enciclopédia em inglês possui 1,8 milhão de artigos e a versão em português tem 307.349 artigos. Uma das principais iniciativas recentes da Wikipédia, sugerida pelos próprios usuários, é promover a tradução de artigos de um idioma para outro, garantindo o acesso a tudo que foi escrito. Nesse contexto, a busca pela supressão das barreiras idiomáticas torna-se também a busca pelo universal.

A Wikipédia faz parte de uma fundação sem fins lucrativos chamada Wikimedia, em que funcionam outros serviços de caráter similar, e de certo modo complementar: Wikinews, Meta-Wiki, Wikcionário, Wikilivros, Wikimedia Commons, Wikisource, Wikiversidade, Wikispecies e Wikiquote.

O Wikinews é um wiki jornalístico, onde qualquer pessoa pode fornecer notícias; o Meta-Wiki é o coletivo responsável pelas questões administrativas de toda a Wikimedia; o Wikcionário é um projeto similar à Wikipédia, que procura desenvolver um dicionário livre; o Wikilivros pretende criar uma coletânea livre de livros e manuais de forma coletiva; o Wikimedia Commons é um banco de imagens de acesso livre (por ser de domínio público); o Wikisource é um banco de



documentos originais de livre acesso; a Wikiversidade é uma tentativa de promoção de estudos de nível superior pela disponibilização de recursos (livros) das várias áreas do conhecimento; a Wikispecies é um diretório livre de espécies para estudo da biologia; e, finalmente, o Wikiquote é uma coletânea livre e gratuita de citações.

Num esforço para reunir as diferentes formas de saber disponíveis, a Wikimedia formou um “sistema geral dos conhecimentos”; organizado e baseado não por assuntos, como na *Enciclopédia*, mas por gêneros ou formas textuais: enciclopédia, dicionário, jornal, citação, imagem, entre outros.

Esse espaço de compartilhamento ganha força na estrutura do texto eletrônico. Todas as formas de figuração, descrição e representação da realidade do mundo sensível podem ser apreendidas no mesmo suporte. Dessa forma, o texto, a imagem e o som podem ser conservados e transmitidos. Até mesmo a organização, a classificação e a ordem dos verbetes, como encontradas no “*Tableau des connaissances*”, na *Enciclopédia*, tornam-se mais fáceis e seguras com os instrumentos de pesquisa existentes nos textos, nas imagens e nos sons eletrônicos.

No que diz respeito à relação entre o usuário e o acervo do site, Silva (2004) explica:

Todo o material disponível na Wikipédia pode ser livremente acessado e distribuído, já que está em copyleft. Enquanto o copyright em um produto garante ao seu criador soberania sobre sua obra e privilégios comerciais, a lógica do copyleft é ser exatamente o contrário, no sentido de garantir a livre circulação, reprodução e, em alguns casos, modificação desse material, seja qual for seu teor (textos, músicas, imagens, programas, etc.). Isso leva todos os direitos e privilégios do autor para o consumidor. O copyleft diz que qualquer um que distribui o material, com ou sem modificações, tem que passar adiante a liberdade de copiar e modificar novamente (...). O copyleft garante que todos os usuários têm liberdade. (SILVA, 2004, p. 6).

Com isso, pode-se observar uma outra característica da Wikipédia, no que diz respeito ao universalismo: a livre distribuição, cir-

culação, reprodução e modificação. Numa era em que a informação é tida como produto e tem alto valor agregado, essa iniciativa pode denotar que o projeto wikipediano se propõe estar na contramão dos interesses do capital, buscando democratizar os meios de registro de autoria e publicação, o que, no âmbito editorial tradicional, revela-se quase impossível.

Uma das principais iniciativas recentes da Wikipédia é promover, por meio dos seus colaboradores, a tradução de artigos de um idioma para outro, garantindo o acesso a tudo o que foi escrito através deste recurso.

Portanto, podemos afirmar que o projeto de universalização da Wikipedia se diferencia em pelo menos dois aspectos da Enciclopédia de Diderot e D’Alembert. Em primeiro lugar, a Wikipedia não pretende organizar o conhecimento humano em grandes áreas ou em grandes categorias, centrando sua proposta na compilação e disponibilização. Em segundo lugar, a Wikipedia levanta a questão da diversidade linguística, colocando a superação dos problemas causados pela mesma como um desafio para a conquista da universalização.

DAS (IM)POSSIBILIDADES DE UNIVERSALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO NA WIKIPÉDIA

A universalidade do conhecimento, proposta pela Wikipédia, esbarra em alguns problemas no que se refere às diversas facetas do texto, como o acesso, o suporte e a língua. Neste item, serão discutidas a estrutura hipertextual e a diversidade de línguas em que a Wikipédia está organizada, como questões centrais à universalização do conhecimento.

O universal não será avaliado em nosso estudo em termos de uma classificação. Assim, não definiremos aqui critérios para avaliar se determinados conhecimentos são universais ou não. Nosso propósito é descrever e analisar o que a Wikipédia possui em termos estruturais – seja relativo às variedades linguísticas ou à navegação no hipertexto



– que permitam afirmar que esta apresenta limites ou possibilidades em sua tentativa de alcançar o universal.

Como foi dito, a Wikipédia encontra-se estruturada sob a forma de hipertexto. O hipertexto é, de acordo com Komesu (2004), do ponto de vista da técnica, um documento que contém *links* (ligações eletrônicas) não lineares para outros documentos em rede, o que permite um processo de leitura não sequencial. Por meio dos links nele indexados, torna-se possível o acesso aos demais hipertextos, criando, assim, estruturas textuais atualizadas pelos próprios usuários.

É comum a afirmação de que na internet o hipertexto é de acessibilidade ilimitada, tanto para o leitor quanto para o autor. Segundo Silva (2004), o hipertexto possui uma complexa teia de conexões internas e externas que possibilitam uma leitura mais interativa que a do texto sequencial. Em relação a esta característica, o autor refere-se à Wikipédia:

As possibilidades de um texto em hipermídia são extremamente amplas, podendo chegar inclusive ao uso de recursos audiovisuais interativos avançados, onde o usuário participa da construção da mensagem. Talvez a maior vantagem que a Wikipédia apresente nesse aspecto seja a sua alta interatividade, não no sentido lúdico dos jogos, mas na capacidade de fazer seus artigos serem ao mesmo tempo fonte e fruto de uma mesma pesquisa, agrupando informações e saberes desconexos, de inteligências espalhadas pelo mundo e reuni-las em uma única. (SILVA, 2004, p. 7 - 8).

Portanto, Silva (2004) aponta duas características do hipertexto que remetem à noção de universalidade tratada aqui: a participação do usuário na construção da mensagem (ou seja, uma ampliação dos produtores da obra) e o agrupamento de informações desconexas (isto é, uma ampliação do acesso à totalidade conhecimento).

Bolter (apud KOMESU, 2004, p. 882) discute o hipertexto como espaço de circulação de informação. Segundo ele, o escritor-autor de um texto eletrônico sofre as limitações impostas pelo sistema do computador. Com isso, “o hipertexto consiste não apenas das palavras que

o autor escreveu, mas também da estrutura de decisões que criou para que o leitor pudesse explorar a página eletrônica” (BOLTER apud KOMESU, 2004, p. 882). Embora haja restrições resultantes da escolha dos *links*, o autor afirma que o leitor é livre para se deslocar como quiser. Neste sentido, podemos afirmar que Bolter também aponta para a noção de universalidade a partir do hipertexto, pela possibilidade infinita de reunir saberes.

Contraopondo-se a essa noção de acessibilidade ilimitada da internet, Melo (2004) discute a questão da *ordem do discurso* enunciada por Foucault, que começa com suas reflexões fazendo o seguinte questionamento: O “*discurso*” é um elemento do poder? A partir disso, surge outra indagação: se o discurso é mesmo um elemento de poder, que tipo de discurso ouvimos, *falamos*, ou melhor, *repetimos*? Para ele, a sociedade se torna normativa e disciplinada através da linguagem dos discursos que se proliferam indefinidamente. Assim, “*esses discursos*” pretendem inculcar no homem o papel que ele precisa desempenhar na sociedade.

Nesse sentido, o discurso mascara a verdade. O discurso que prevalece é o do *poder*, ou seja, o *saber*. Os discursos políticos, educacionais, religiosos ou terapêuticos não podem ser dissociados dessa prática que determina para os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos.

Discursos veiculados pela mídia têm legitimidade quando proferidos por governantes, médicos, advogados, executivos, economistas, professores etc. E a voz dos oprimidos, daqueles que não têm o poder, ou seja, que ainda não entraram na ordem do discurso? Que prodigiosa maquinaria é essa que exclui aqueles que insistem em não ouvir os “*discursos legítimos*” ou não colocar em prática a “*ordem*” advinda desses discursos? No ápice dessas reflexões, Foucault aponta para um fenômeno que chama de *rarefação do sujeito*. Por este prisma, a rarefação do sujeito significa que nem todo mundo tem acesso a todos os discursos, pois a sociedade seleciona o que pode e deve ser dito, e para quem. Há, portanto, uma distribuição desigual dos discursos.



Nesse sentido, Melo expõe que, mesmo que no ciberespaço cada sujeito seja um potencial produtor de informação e que este ciberespaço abrigue uma pluralidade de ideias e pontos de vista, isso não é suficiente para que haja uma democratização dos discursos. Dessa forma, as formações discursivas não hegemônicas teriam espaço na rede pelo fato de qualquer pessoa poder produzir e veicular informação, mas não encontrariam *visibilidade*, pois as lógicas de escolha (ou manipulação) do que deve ou não ser veiculado – ou, neste caso, acessado – estão presentes em qualquer suporte, impresso ou eletrônico. As relações de poder permeariam todos os campos da vida prática.

Na Wikipédia, isso se torna claro quando um determinado conceito sofre correção, não de cunho gramatical, mas ideológico. Ou, de outra forma, por apresentar somente as concepções hegemônicas do mesmo, deixando de lado outras concepções historicamente construídas – como será visto adiante no conceito de saúde. O fato de as correções nos artigos da Wikipédia serem feitas coletivamente, assim como a publicação dos verbetes, não impede que as relações de poder sejam postas.

Além disso, segundo Melo (2004), a noção de acessibilidade ilimitada não tem apenas restrições de caráter discursivo; sofre ainda restrições de natureza cognitiva, que colocam a universalidade em questão. Marcuschi (1999) afirma que:

O conhecimento que o hipertexto internetiano oferece é muito fragmentário, pois permite a possibilidade simultânea de múltiplos graus de profundidade, já que não tem seqüência nem topicidade definida, mas liga textos não necessariamente correlacionados. (MARCUSCHI, 1999 apud MELO, 2004, p. 6).

Marcuschi ainda aponta que uma leitura proveitosa do hipertexto exige um maior grau de conhecimentos prévios e maior consciência quanto ao que se deseja buscar, “já que é um permanente convite a escolhas muitas vezes inconsequentes”. Ele chama essa sobrecarga exigida do leitor de “*stress cognitivo*”, pois, ao delegar a ele a decisão

da integração do conhecimento, o hipertexto faz exigências cognitivas muito fortes e difíceis.

Com tudo isso, Melo (2004) conclui o seguinte:

Num extremo, o hipertexto internetiano pode ser tão restritivo (sob o ponto de vista discursivo e, conseqüentemente, estrutural) que os leitores considerem que têm apenas algumas escolhas a mais de navegação do que teriam numa versão linear do texto. No outro extremo, um documento hipertextual na internet poderia ser tão aberto, interconectado e controlado pelo leitor que os usuários poderiam considerar-se sobrecarregados pela multiplicidade de escolhas. De uma maneira ou de outra, a acessibilidade ilimitada seria não mais do que uma possibilidade técnica e poucas vezes uma prática real. (MELO, 2004, p. 8).

Considerando essas críticas, podemos adiantar que a Wikipédia, como um hipertexto, não é garantia de realização do projeto da universalização, por não proporcionar ao leitor o acesso às diversas formações discursivas e por levá-lo a conexões que, muitas vezes, diferem do assunto pesquisado⁸.

É corrente a ideia de que uma das grandes dificuldades para alcançar o projeto universalista é a diversidade de línguas. Segundo Chartier (1999), um dos limites da comunicação é a pluralidade de línguas, pois “nenhum leitor poderá jamais dominar a totalidade das línguas necessárias para ter acesso à universalidade do patrimônio escrito”.

Seria a Wikipédia a nova Torre de Babel? A Wikipédia tenta escapar desta suposta limitação pela sua apresentação em diferentes línguas, seja através da produção original de verbetes em diferentes línguas, seja através da tradução. Contudo, uma questão a ser considerada diz respeito à relação entre língua e história, que coloca questões para a análise de ambas as estratégias.

⁸ Fica aqui a observação sobre uma questão não trabalhada no presente artigo: da efetiva novidade do conceito de hipertexto (ver, por exemplo, POSSENTI, 2004; e CAVALCANTI, 2005).



Em relação à produção dos verbetes em diferentes línguas, é de se questionar se esta estratégia não produz, na verdade, uma fragmentação do conhecimento, particularizando-o em demasia. Assim, se a Wikipédia parte do princípio de que o conhecimento deve ser universal a partir de sua codificação em línguas diversas, não podemos deixar de considerar como um problema o fato de que as línguas – e seu uso – são produzidas concretamente em comunidades de falantes, que produzem também história e relações sociais. A exploração desta questão será também objeto do item a seguir.

OS VERBETES “SAÚDE” E “HEALTH” NA WIKIPÉDIA

Neste item, será feita uma análise comparativa dos verbetes “saúde” e “health” na Wikipédia. Foram escolhidas, como objeto de análise, as definições de saúde, pelo fato de que há muitas divergências técnicas e políticas em torno deste conceito – como, por exemplo, a relevância da saúde pública e das ações de saúde coletiva em contraposição à saúde centrada no indivíduo e na doença.

A língua inglesa foi eleita como base para as comparações por ser a língua que estabelece as relações comerciais no mundo, como um traço forte da hegemonia dos Estados Unidos da América no campo cultural, evidenciando que as línguas e seus usos são determinados por fatores histórico-culturais. Assim, comparamos, neste item, os verbetes “saúde” e “health”⁹.

Na versão lusófona da Wikipédia, a definição de saúde é a seguinte:

⁹ Para tal, serão feitas traduções livres para os verbetes de língua inglesa, apesar dos riscos que as traduções oferecem, por abrirem novas significações na língua para a qual foi traduzida (no caso, o português).

A definição de saúde varia de acordo com algumas implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença; sem dúvida, a definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da constituição da Organização Mundial da Saúde: Saúde é *um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*. (...) (WIKIPÉDIA, 2007d, grifo do original)¹⁰.

A versão anglófona da Wikipédia apresenta a seguinte definição de saúde:

Em 1948, na sua constituição, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nos anos mais recentes, esta declaração foi modificada para incluir a capacidade de conduzir uma “vida social e economicamente produtiva”. (...) (WIKIPÉDIA, 2007d).

Verifica-se que as definições de saúde nos dois idiomas não são iguais. Em inglês, a definição de saúde se confunde com a da Organização Mundial da Saúde, pois o verbete não remete a nenhuma outra definição. Já a definição dada em português faz uma referência à conceituação exposta como uma dentre as várias que existem, embora a da OMS seja, segundo o texto, a mais citada.

Ou seja, diferentemente da versão em inglês, a versão em português pressupõe a existência de um conjunto de concepções de saúde. Dentre estas definições, podemos apontar o que foi desenvolvido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que se tornou um marco para as ações e estudos em saúde pública no país, influenciando inclusive a Constituição Brasileira de 1988. Segundo o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Tema 1: Saúde como direito), uma dessas possíveis (outras) conceituações de saúde pode ser:

¹⁰ O termo “saúde” está em maiúsculas no original.



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, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Podemos afirmar que esta definição de saúde, de alguma forma, está refletida no verbete em português, quando este afirma que a definição de saúde “varia de acordo com algumas implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença”.

Uma observação se faz necessária aqui. Nossa análise não tem como objetivo fazer uma correlação direta entre uma determinada língua e uma determinada ideologia. Isto é, não estamos afirmando que o inglês, necessariamente, reproduz a ideologia do capitalismo. Nossa exploração dos verbetes tem como intuito demonstrar que essas diferenças entre as definições em português e inglês colocam como questão a estratégia de a Wikipédia se estruturar em distintas línguas na perspectiva de alcançar o universal.

Primeiramente, podemos apontar que as concepções acerca de determinada palavra não são, como afirma a Wikipédia, de caráter universal, pois, como vimos, apresentam diferenças históricas importantes. Nesse sentido, podemos perceber que a configuração das estruturas ou dos sistemas de saúde de cada sociedade influencia a formação das concepções geradas em cada uma.

Lembramos que o sistema de saúde estadunidense é inteiramente privado. Esta realidade se contrapõe à de outros países de língua inglesa, como a Inglaterra, que possui um sistema de saúde público, e à de países de língua portuguesa, como Brasil, Portugal e Angola, que possuem sistemas públicos e onde a saúde é dever do Estado, garantida por meio de ações de seus sistemas de saúde. Indicamos, desta forma, uma razão para a diversidade de conceituações. Assim, embora não estejamos estabelecendo uma correlação entre uma língua e uma ideologia, observamos que as línguas são produzidas numa comuni-



dade concreta de falantes. Esta comunidade de falantes possui culturas e história.

Nesse mote, observamos dados importantes na relevância atribuída aos verbetes encontrados nas pesquisas por “saúde”, na versão lusófona, e “health”, na versão anglófona da Wikipédia, que está mostrada na tabela a seguir (só os cinco primeiros resultados das listas):

Português	Inglês
1. Saúde Relevância: 100.0%	1. Health (saúde) Relevância: 100.0%
2. Saúde pública Relevância: 60.9%	2. Health care (cuidado em saúde) Relevância: 78.3%
3. Ministério da Saúde Relevância: 42.7%	3. World Health Organization (Organização Mundial da Saúde) Relevância: 72.3%
4. Programa Saúde da Família Relevância: 36.4%	4. Public health (saúde pública) Relevância: 71.1%
5. Saúde Relevância: 33.2%	5. Occupational safety and health (saúde do trabalhador) Relevância: 65.4%

A partir desta tabela, podemos levantar alguns pontos de discussão. O termo “Saúde”, encontrado na pesquisa por “Saude”, é um verbeito criado com erro de ortografia, ou seja, percebemos que a navegação no hipertexto wikipediano pode remeter a uma determinada palavra termos correlatos que destoam claramente do pesquisado. Esse fato explica a discussão do *stress* cognitivo, que é causado pelas dificuldades na navegação.

Por outro aspecto, observamos que o termo “Saúde pública” aparece em 2º lugar na lista de relevância em português e o termo “Public health” (saúde pública) aparece em 4º lugar na versão em inglês, apesar de a relevância do segundo (71.1%) ser maior que a do primeiro (60.9%). De fato, para analisarmos mais profundamente esta questão, seria necessário verificar, na lista em que os termos correlatos



são relacionados por meio de uma ordem decrescente de relevância¹¹, como é gerado o percentual que define a relevância do verbete. Entretanto, apesar de os documentos da Wikipédia não esclarecerem o método para o cálculo da relevância, esse fato não se torna um impedimento para a análise aqui feita. Nossa análise não se prenderá aos valores percentuais, e sim à totalidade de cada listagem, na sua relação com cada verbete, e à comparação entre as duas listagens.

Em particular, centraremos nossa análise na ocorrência de “saúde pública” nos dois verbetes, em inglês e português; “Occupational safety and health” apenas no verbete em inglês; Ministério da Saúde e Programa Saúde da Família apenas no verbete em português e World Health Organization apenas no verbete em inglês.

Ainda sobre os verbetes “saúde pública” e “public health”, observamos que estes remetem a diferentes tradições – e concepções ideológicas – sobre a produção da saúde. Para analisar esta questão, destacamos a seguir o trecho inicial dos verbetes:

“Saúde pública”

A Medicina conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica. A saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas sociedades capitalistas ou socialistas. Essa recorre aos métodos empírico-analíticos (estrutural-funcionalistas), popperiano ou fenomenológico, e admite possibilidades de melhoras pontuais e graduais. Saúde Pública é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e controlar a incidência de doenças nas populações. Não deve ser confundida com o conceito mais lato de saúde coletiva. (WIKIPÉDIA, 2007e).

¹¹ “Um assunto é relevante se for baseado em trabalhos suficientes, independentes e de confiança. Relevante define-se como aquilo que merece receber atenção e não como aquilo que é famoso ou importante. Não é mensurável pelo pensamento individual e subjetivo dos editores da Wikipédia” (WIKIPÉDIA, 2007).



“Saúde Coletiva”

Segundo Paim (2005), “A Saúde Coletiva latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, desenvolveu-se a partir da Medicina Social do Século XIX e pela saúde pública institucionalizada nos serviços de saúde e academia” (...). (WIKIPÉDIA, 2007e).

“Public health”

A saúde pública é o estudo e a prática das formas de focar os riscos para a saúde de uma comunidade. O campo presta especial atenção para o contexto social de doença e miséria e foca o aprimoramento da saúde através de medidas de escopo social como a vacinação, fluoretação da água potável.

O objetivo da saúde pública é a melhoria da vida através da prevenção e tratamento das doenças (...).

O foco de uma intervenção de saúde pública é prevenir através da vigilância de casos e na promoção de comportamentos saudáveis, em vez de tratar uma doença. (...) (WIKIPÉDIA, 2007c).

Conforme podemos observar, a definição de saúde pública em português está centrada na sua oposição à lógica biologicista da medicina, ampliando as questões relacionadas à saúde para o plano político (cf. *A saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas sociedades capitalistas ou socialistas*). Já a definição de “public health” remete a medidas de prevenção – inclusive não necessariamente opostas ao paradigma da medicina – sem discutir as formas políticas e sociais de produção da saúde. Assim, embora a definição em inglês procure ampliar a saúde como fenômeno para além do indivíduo, ela não aponta para os processos históricos de sua produção.

Outra questão é que o verbete em português aponta para um campo político-ideológico não previsto no verbete em inglês: a saúde coletiva. Este fato também indica que os verbetes relacionados à saúde nas duas línguas apontam para espaços político-ideológicos distintos.



Quanto à “Occupational safety and health”, observamos que este pode ser traduzido como “segurança e saúde ocupacional”. A definição da mesma é a seguinte:

Segurança e saúde ocupacional é um campo multidisciplinar na área da saúde, que busca garantir a segurança, a saúde e o bem-estar das pessoas envolvidas no trabalho ou emprego. Como efeito secundário, a segurança e saúde ocupacional podem também proteger os colegas de trabalho, familiares, empresários, clientes, fornecedores, comunidades próximas e outros membros do público que sejam afetados pelo ambiente de trabalho. Desde 1950, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm partilhado uma definição comum de saúde ocupacional. (...) A definição diz: “Saúde ocupacional deve ter por objetivo a promoção e manutenção do mais alto grau de eficiência física, mental e de bem-estar social dos trabalhadores em todas as ocupações e a prevenção dos acidentes de trabalho causados pelas suas condições de trabalho.” (WIKIPÉDIA, 2007b).

Nessa definição, percebemos que a saúde ocupacional se refere a um interesse patronal e não exclusivamente dos trabalhadores, pois, antes de tudo, a saúde ocupacional é a promoção e a manutenção da eficiência do trabalhador no exercício de sua atividade laboral. Dessa forma, a saúde ocupacional, como definida nesse verbete, se aproxima mais da medicina do trabalho do que da saúde do trabalhador¹², sendo a primeira uma preocupação dos empregadores quanto à ausência do trabalho por motivo de acidente e, esta última, fruto das reivindicações dos trabalhadores no contexto da Reforma Sanitária.

Assim, embora não exista na Wikipédia uma definição de saúde do trabalhador, para localizarmos historicamente a segurança e a saúde ocupacional, é relevante estabelecermos uma comparação entre os dois conceitos. Segundo Mendes e Dias (1991):

¹² Para maiores esclarecimentos acerca da medicina do trabalho e da saúde do trabalhador, consultar Mendes e Dias (1991).

Medicina do trabalho e saúde ocupacional

[A medicina do trabalho tem por objetivo]: assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue; contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares e trabalho correspondentes às suas aptidões; contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores. A saúde educacional, além disso, enfoca os problemas de saúde do trabalhador sob o ângulo médico-epidemiológico, observando também as questões ambientais.

Saúde do trabalhador

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como processo *saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e por que ocorre – e desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica.

Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. (...) (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Ainda outro questionamento pode ser apontado com relação às listas de relevância que aparecem na Wikipédia nos dois idiomas: a versão lusófona apresenta como referências, no campo da saúde, organizações (e programas) de ordem nacional – como “Ministério da Saúde” e “Programa de Saúde da Família” – entre os seis primeiros resultados –, enquanto a versão anglófona apresenta um organismo internacional – a OMS. Essa distinção, cuja raiz se encontra na diversidade de contextos históricos em que as línguas são construídas, nos remete a relações entre texto – as definições dos verbetes da Wikipédia – e política. No caso das definições em português, os Estados brasileiro, português e angolano, por exemplo, no setor saúde, figuram como elementos do texto, construindo, portanto, sentidos diferenciados de saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente texto foi refletir sobre a Wikipédia como um instrumento que visa universalizar o conhecimento, traçando alguns eixos de análise relacionados à estrutura hipertextual e à diversidade de línguas e estratégias intrínsecas a esta ferramenta de busca de informações.

Para tal, analisamos diferentes concepções de saúde em dois idiomas distintos (português e inglês), a partir da consulta aos verbetes “saúde” e “health” da Wikipédia. Percebeu-se, nesta análise, que a comparação entre os dois verbetes suscitam questões, pelo fato de as concepções serem distintas e, por vezes, opostas. Este fato coloca problemas para o projeto universalista da Wikipédia, pelo menos quando se propõe que este seja alcançado primordialmente a partir da mera organização de verbetes em diferentes idiomas. Ou seja, ao analisarmos esta proposta da Wikipédia, encontramos fatores que problematizam a busca da universalização do conhecimento: como a língua ser uma produção cultural e política humana. O fato de a Wikipédia oferecer verbetes em diferentes línguas pode suscitar exatamente uma fragmentação do conhecimento e não uma universalidade.

O mesmo pode se afirmar em relação ao hipertexto. Percebemos que a forma hipertextual em que a Wikipédia se estrutura apresenta dificuldades quanto à aquisição de conhecimento, seja no que tange à ordem do discurso e suas conseqüências, seja ao stress cognitivo provocado pelas possibilidades de caminho e leitura. Isto é, mais uma vez, a fragmentação coloca em xeque a universalidade do projeto da Wikipédia.

As concepções de saúde e de seus termos correlatos, como foi visto, apresentam diferentes significados na versão em língua inglesa, em relação à versão em língua portuguesa da Wikipédia. Isso não se deve somente ao fato de não haver correspondência entre uma série de vocábulos de idiomas distintos, mas principalmente às diferenças provocadas pelas construções culturais que cada sociedade vivenciou no decorrer da história.

Para finalizar, enfatizamos que a análise comparativa das definições de saúde em dois diferentes idiomas (incluindo a questão do hipertexto) é apenas um dos meios de demonstrar os limites de universalização do conhecimento na Wikipédia. Outros problemas, que não foram abordados nesta monografia, ficam como sugestões para estudos futuros: como a diferença entre os suportes – impresso e eletrônico – condiciona a leitura do texto? De que forma o suporte eletrônico pode “encarar” a possível indestrutibilidade do texto, questão que também se vincula à universalidade, na medida em que a preservação da memória é fundamental? Como a exclusão digital é uma das impossibilidades para a universalização do conhecimento? Esses e muitos outros questionamentos podem e devem ser feitos para a melhor compreensão dos meios de comunicação que emergem no nosso tempo.

De uma forma ou de outra, fica evidente que, nos “moldes” em que a Wikipédia se encontra atualmente, alcançar a universalização do conhecimento é somente uma utopia, cujo alcance depende muito mais do que a criação de uma enciclopédia multilíngue *on-line* livre.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 1986. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 4 nov. de 2007.

CAVALCANTI, M. Mapeamento e produção de sentido: os links no hipertexto. In: MARCUSCHI, L. A.; XAVIER, A. C. (Orgs.). *Hipertexto e gêneros digitais: novas formas de construção do sentido*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2005.

CHARTIER, R. *A aventura do livro: do leitor ao navegador*. São Paulo: Unesp/Imprensa Oficial do Estado, 1999.

FALCON, F. J. C. *Iluminismo*. São Paulo: Ática, 1989.



KOMESU, F. O autor e o leitor o hipertexto. In: *Estudos lingüísticos*. Grupo de Estudos Lingüísticos do Estado de São Paulo (Org.), v. 34, [s.n.], São Paulo, 2004.

McNALLY, D. Língua, história e luta de classes. In: WOOD, E. M.; FOSTER, J. B. *Em defesa da história: marxismo e pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

MELO, C. T. V. de. A análise do discurso em contraponto à noção de acessibilidade ilimitada da Internet. In: MARCUSCHI, L. A.; XAVIER, A. C. (Orgs.). *Hipertexto e gêneros digitais: novas formas de sentido*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2004. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/nehte/artigos>>. Acesso em: 23 out. 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, 1991. p. 341-349.

POSSENTI, S. Notas um pouco céticas sobre hipertexto e construção de sentido. *Os limites do discurso*. Curitiba: Criar, 2004.

WIKIPÉDIA, A Enciclopédia Livre. *Wikipédia*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia>>. Acesso em: 23 out. 2007a.

_____. *Occupational Safety and Health*. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_safety_and_health>. Acesso em: 6 dez. 2007b.

_____. *Public Health*. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Public_health>. Acesso em: 7 dez. 2007c.

_____. *Saúde*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%Bade>>. Acesso em: 7 nov. 2007d.

_____. *Saúde Pública*. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%Bade_p%C3%BAblica>. Acesso em: 6 dez. 2007e.

_____. *The Free Encyclopedia. Health*. Disponível em: <<http://en.wikipedia.org/wiki/>>. Acesso em: 7 nov. 2007f.

_____. *Wiki*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/>>. Acesso em: 23 out. 2007g.

MEIO AMBIENTE: PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DA EPSJV REFERENTE AO DESCARTE DO ÓLEO DE COZINHA USADO

Juliana Valentim Chaiblich¹
Mauro de Lima Gomes²

INTRODUÇÃO

A sociedade moderna produz muitos e variados resíduos. Um deles é o óleo de origem vegetal, o famoso “óleo de cozinha usado ou óleo comestível”, que é empregado largamente no preparo de alimentos. Assim, quando falamos em fritura, o óleo está lá na panela. O problema surge quando se pensa em descartá-lo. Feito de forma errada, poderá trazer sérias consequências ao meio ambiente.

O simples fato de não jogar o óleo de cozinha usado no lixo ou no ralo da pia pode contribuir para a preservação ambiental.

Quando este resíduo chega ao aterro sanitário, pode ocorrer contaminação do solo, trazendo mau cheiro, sendo mais uma fonte de atração de vetores. Além disso, pode também atingir os lençóis freáticos. Segundo Guimarães (2003), quando chega às águas, o problema é muito maior.

Para se ter uma ideia, um litro de óleo contamina cerca de um

¹Ex-aluna do Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (2006-2008). Atualmente exerce atividades profissionais como técnica em Vigilância Sanitária, estagiária em sanidade/ controle de qualidade da PlusVita e estagiária do projeto Proformar da EPSJV. É graduanda em Biologia pela Unigranrio. Contato: juliana.chaiblich@gmail.com.

²Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (LAVSA) da EPSJV. É graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 1986) e possui especialização em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV (2005). Contato: mlgomes@epsjv.fiocruz.br.



milhão de litros de água (GAMBOA, 2006). Isso acontece porque o óleo vegetal se dispersa em uma camada muito fina sobre a água, criando uma barreira que dificulta a entrada de luz e oxigenação na água (ALBERECI; PONTES, 2004).

O óleo comestível é mais grosso e viscoso em relação a outros tipos mais solúveis que, por sua vez, são mais tóxicos, porém o óleo comestível causa morte direta quando recobrem os animais e vegetais, acarretando dificuldades de trocas gasosas com o meio. Por exemplo, a fotossíntese, a respiração etc.

Segundo D'Avignon (2002), este vilão contribui também para transtornos nas estações de tratamento de esgoto, pois o acúmulo de óleos e gorduras nos encanamentos pode causar entupimentos. O óleo se adere às paredes das tubulações diminuindo seu diâmetro, lesando o transporte de esgoto. Desta forma, aumenta a pressão, causando vazamentos e diminuindo a vida útil das bombas. Para obter certas manutenções para melhorar os entupimentos nas estações, são utilizados produtos químicos, acarretando então uma cadeia maléfica.

Com interesse em conhecer a percepção dos indivíduos em relação ao meio que vivemos, foi feito um estudo bibliográfico, com intuito de compreender o que é percepção ambiental e os fatos que os seres humanos vivenciam para obter essa percepção ou consciência ambiental.

Para um estudo mais exploratório, foi realizada uma pesquisa voltada para a percepção ambiental dos alunos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (EPSJV), por ser uma escola voltada aos cursos técnicos na área da saúde associada a diversos campos da ciência, incluindo o meio ambiente.

Foram aplicados questionários em uma amostra de 150 alunos da Escola, sendo que deste total 25 alunos cursavam a habilitação Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, 56 alunos faziam parte da habilitação Gestão em Saúde, 61 alunos eram do Laboratório Biotecnológico e 8 alunos pertenciam à habilitação Registro em Saúde.

No entanto, mesmo com essa separação de habilitação, nas análises não foram distinguidos os alunos por habilitações. A proposta foi

analisar a percepção ambiental dos alunos e os hábitos familiares dos mesmos em relação ao descarte de óleo de cozinha usado, já que é um ponto importante a tratar no ensino médio técnico em saúde, seja em qualquer habilitação.

É preciso conhecer a percepção ambiental para compreender a interação entre o homem e o meio ambiente. Isso se torna mais premente em face da própria faixa etária que vai ser trabalhada, pois os jovens possuem uma facilidade maior para questionar o seu mundo e propor mudanças que se iniciem por eles mesmos a partir da adoção de uma nova consciência ambiental.

Para que os seres humanos cessem as agressões contra o meio ambiente, é necessário que aconteçam mudanças de comportamento, de conduta e de valores. É por meio de uma nova percepção individual, ou seja, dos sentidos, que ocorrem, através da realidade, essas significativas mudanças de conduta e logo uma boa interação com o meio ambiente.

No Brasil, há várias leis, normas e diretrizes sobre o meio ambiente que constam na Constituição Federal. Os artigos 23 e 24 estabelecem a competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no que se refere à proteção do meio ambiente e ao combate à poluição em qualquer de suas formas, preservando a fauna e a flora, conservando assim a natureza, o solo e os recursos naturais.

O artigo 225 diz que todos têm direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Para assegurar a efetividade desse direito, cabe ao Poder Público a promoção da educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente, além da proteção dos recursos naturais como águas interiores, superficiais e subterrâneas, mar territorial, solo, subsolo a fauna e a flora. São vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco a função ecológica desses recursos e provoquem a extinção de espécies.



Na Lei n° 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, conhecida como Lei dos Crimes Ambientais, no artigo 54, diz que, quando houver poluição por lançamento de resíduos sólidos, líquidos ou gasosos, óleos ou substâncias oleosas de qualquer natureza que resultem ou possam resultar em danos à saúde humana, ou que provoquem a mortandade de animais ou a destruição significativa da flora, ou se o crime causar poluição hídrica, os responsáveis terão uma pena de reclusão de 1 a 4 anos e multa. Se o crime for de caráter culposo, detenção de 6 meses a 1 ano e multa (BRASIL, 1998).

Os óleos de cozinha usados são misturas complexas e variáveis de uma infinidade de substâncias químicas. De acordo com a ABNT NTB 10.004 (2004), o óleo é classificado como um resíduo perigoso, e como tal tem de ser manipulado, escoado, recolhido, armazenado, tratado e utilizado de acordo com legislação específica. No entanto, existem poucas leis específicas que tratam da destinação do óleo de cozinha usado.

As legislações ambientais vêm se fortalecendo nos setores do meio ambiente. No Brasil, o setor de saúde ambiental é fundamental para que haja mais controle. Segundo Freitas (2006), desde o final dos anos 90 o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde visa gerar informações e ações de prevenção e controle em diversas áreas, como a água e os resíduos perigosos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da utilização do óleo de cozinha e dos descartes

De 150 alunos, 65,34% (98 alunos) afirmaram que o óleo é descartado em pias, lixos comuns, caixa de esgoto etc. e 27,33% (41 alunos) reutilizam no preparo de alimentos e a sobra é descartada na lavagem. Somente 7,33% (11 alunos) disseram direcionar o resíduo para a reciclagem (Tabela 1).



Tabela 1. Frequência das formas de descarte do óleo de cozinha

Forma de descarte	Nº de alunos	%
Lixo comum	44	29,34
Pias, fossas, ralos etc	54	36,00
Reutilizado em outros alimentos	41	27,33
Outros (Reciclagem)	11	7,33
Total	150	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Nos resultados, em relação ao descarte do óleo de cozinha usado pelas famílias dos alunos, houve condutas desfavoráveis que podem ser prejudiciais ao meio ambiente.

O comportamento das pessoas é definido pela conduta de valores atribuídos pelo modo de vida familiar. A educação também é outro fator importante que contribui para hábitos cotidianos.

Nesta análise, constatou-se que 139 alunos não dão uma destinação adequada para o óleo de cozinha usado em suas casas. Deste modo, comprova-se a necessidade de uma ação educativa com os estudantes voltada para o tema em questão. Segundo Loureiro (2004, p. 13-21), entende-se que é por meio de uma educação ambiental que a sociedade irá criar uma nova percepção de mundo.

Outro ponto importante da análise é que somente na residência de 11 alunos o óleo usado é levado para reciclagem, sendo uma forma adequada para a sua destinação.

Da reciclagem de óleo de cozinha usado

Em relação às informações sobre reciclagem de óleo de cozinha usado (Tabela 2), 60% (90 alunos) responderam que não possuem in-



formações significativas sobre esse tipo de reciclagem e 40% (60 alunos) responderam que sim.

No entanto, dos 150 alunos, 69,33% (104 alunos) acham que existem poucas informações sobre o assunto e que o governo, com a ajuda da mídia, deveria divulgar mais sobre o assunto em questão. 30,67% (46 alunos) disseram desconhecer qualquer tipo informações sobre reciclagem deste resíduo (Tabela 2).

A tabela a seguir mostra o perfil sobre as informações referentes à reciclagem de óleo de cozinha usado. Nesta análise, houve um número maior de alunos que acham que existem poucas informações sobre o óleo de cozinha usado e muitos também desconhecem quaisquer informações a respeito da reciclagem de óleo. Além disso, nenhum aluno considerou que estão sendo bem divulgadas as informações sobre o descarte de óleo de cozinha usado.

Tabela 2. Sobre as informações de reciclagem do óleo de cozinha usado

Conhecimento sobre reciclagem		Nº de alunos	%
Possuem informações sobre reciclagem (N = 150)	Sim	60	40,00
	Não	90	60,00

Opinião sobre divulgação das informações (N = 150)	Nº de alunos	%
Está muito bem divulgado	–	–
Existe pouca divulgação	104	69,33
Não existem ou não conheço	46	30,67

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos 139 alunos que não separam e enviam este resíduo para reciclagem (Tabela 3), 27,33% (38 alunos) não separam, porque não sabiam que era necessário; e 72,67% (101 alunos) gostariam de separar, porém desconhecem para onde enviá-lo.

Tabela 3. Opinião dos alunos que não enviam o óleo para reciclagem

Pergunta 6	Nº de alunos*	%
Não separam, porque não sabiam dos malefícios	38	27,33
Gostariam de separar, porém desconhecem aonde enviá-lo	38	72,67
Total	38	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa

* Foram considerados apenas os alunos que não enviam o óleo usado para a reciclagem, que representam a percentagem de 92,67%, o que equivale a 139 alunos.

A reciclagem de óleo comestível é a melhor opção para destinação, pois previne a poluição e também é uma forma de valorizar este resíduo, trazendo mais uma fonte de renda para as pessoas que vivem da reciclagem de resíduos urbanos.

Interesse pela temática do meio ambiente

A respeito de ocorrência das discussões sobre temas ambientais na família (Tabela 4), 38% (57 alunos) disseram que o assunto sobre meio ambiente não é discutido em sua família, 46,67% (70 alunos) disseram que o assunto ocorre poucas vezes e apenas 15,33% (23 alunos) abordam quase sempre sobre o tema ambiental.



Esse é o primeiro aspecto para conhecer a percepção ambiental dos alunos. É muito importante avaliar o envolvimento dos alunos com a temática, pois quando as discussões sobre importância do meio ambiente são frequentes as atitudes são favoráveis à preservação do mesmo.

No entanto, os resultados foram negativos, já que 84,67% (127 alunos) entrevistados alegaram não haver discussões ou somente poucas vezes foi discutida a temática ambiental.

O papel da família na educação é fundamental para a formação dos valores de suas atitudes, influenciando na conduta de cada cidadão. Cabe às famílias buscarem participação ativa nos assuntos relacionados ao meio ambiente, como, por exemplo, o uso abusivo de recursos naturais, atitudes que podem prejudicar o ambiente em que se vive e mudanças de ações de acordo com informações relevantes, ou seja, ações que contribuam para a sustentabilidade³.

Esse princípio da preocupação surge como resposta decorrente das divulgações em relação à crise ambiental, intervindo sobre maiores discussões do tema, criando um novo paradigma que deve ser prevenido e sobre o qual é fundamental se preocupar.

Tabela 4. Intensidade de discussão sobre temas ambientais na família dos alunos

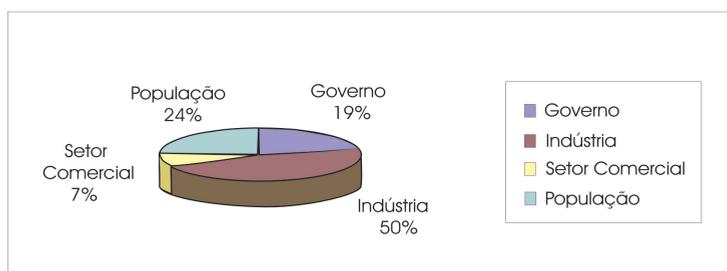
	Nº de alunos*	%
Não é discutido	57	38,00
Poucas vezes	70	46,67
Quase sempre	23	15,33
Total	150	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa

³ Sustentabilidade é suprir as necessidades da geração presente sem afetar as gerações futuras, devido à poluição.

Foi perguntado para os estudantes quem eles apontariam como o principal responsável pelos danos ambientais, pedindo-se para numerar do mais responsável para o menos responsável (Gráfico 1), segundo sua opinião.

Gráfico 1. Opinião dos alunos sobre o segmento considerado como o principal responsável pelos danos ambientais



Fonte: Dados da pesquisa

A indústria foi apontada pelos alunos como a principal responsável pelos danos ambientais. Nessa questão está evidente a participação das indústrias no processo de poluição, pois nas páginas dos jornais e documentários nas televisões vemos com frequência a quantidade de acidentes ambientais causados pelo setor industrial.

Os efeitos da poluição industrial se constituem de questões críticas de saúde e ambiente, principalmente relacionadas a águas, esgotos e lixo. Estes problemas aumentam a vulnerabilidade social das populações. A responsabilidade pelo destino final dos resíduos é de quem os produz (BRASIL, 1997).

A população foi apontada como a segunda fonte mais poluente. Ela tem uma parcela bem significativa na contribuição para a poluição. No entanto, é necessário levar em consideração as ações educativas que muitas vezes não são feitas.



Essas ações iriam contribuir para maiores esclarecimentos sobre a importância de prevenir a poluição, ainda que em muitos lugares, principalmente em comunidades carentes, pessoas joguem lixo em encostas e valões, talvez pela falta de informação e pela ausência dos governantes em levar o saneamento a todos de forma igualitária.

É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios preservar as florestas e a fauna, visando também promover a melhoria das condições ambientais e de saneamento básico, combatendo as causas da pobreza.

Por mais que a população tenha a sua participação na poluição ambiental, cabe ao Governo promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente (CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988).

O setor comercial também gera grandes quantidades de resíduos, principalmente quando se localiza nos centros urbanos. Em relação ao óleo de cozinha usado, restaurantes e lanchonetes geram quantidades significativas, e o melhor seria dar um destino adequado a este poluente.

Da percepção ambiental dos alunos

Na Tabela 5 é possível notar a percepção ambiental dos alunos de acordo com a realidade sobre questões do óleo de cozinha e do tratamento de esgoto no Brasil. Essas perguntas foram feitas para analisar o nível de conhecimento sobre o assunto ou a opinião individual.

Os resultados mostram que 18,67% (28 alunos) responderam que um litro contamina milhões de litro de água, que é a resposta correta. Porém, na análise, é fácil perceber que a maioria dos alunos



entrevistados tem noção de que o óleo pode ser um grande contaminante. No entanto, somente 4% (6 alunos) acharam que óleo não contaminaria a água.

Outro indicador importante para avaliar a percepção dos alunos é que 77,67% (115 alunos) acham que pode ocorrer poluição marinha pelo fato de jogar o óleo pela pia da cozinha (Tabela 5), já que percepção ambiental pode ser definida como uma tomada de consciência do indivíduo com o meio ambiente, ou seja, o sujeito percebe que ocorre a poluição. De acordo com Fagionato (2002), este pode ser o princípio de uma nova consciência individual para entender o ambiente que está inserido.

Referente à opinião dos alunos em relação ao tratamento de esgoto no nosso país (Tabela 5), 58,67% (88 alunos) disseram que 20% de todo esgoto são tratados, sendo a resposta correta.

No Brasil, segundo Calheiros (2007), 80% dos esgotos são lançados em corpos d'água sem qualquer tratamento. Destes, 85% são esgotos domésticos e 15% esgotos industriais. No entanto, atualmente já está sendo divulgado um número maior de esgoto tratado, chegando a 35% (MINC, 2008).

Então, podemos dizer que não adianta pensar na hora do tratamento, ou seja, na separação desse óleo do esgoto, e sim atuar na prevenção.



Tabela 5. Percepções Ambientais referentes ao óleo de cozinha usado e ao tratamento de esgoto no Brasil

Perguntas	N° de alunos	%
Você acha que 1 L de óleo tem capacidade de contaminar quantos de água?		
1 milhão de litros	28	18,67
1.000 litros	78	52,00
100 litros	35	23,00
1 litro	3	2,00
Não contamina	6	4,00
Total	150	100,00
Você acha que pode ocorrer poluição marinha somente pela simples atitude de jogar o óleo de cozinha na pia?		
Sim	115	77,67
Não	17	11,33
Não sei	18	12,00
Total	150	100,00
Na sua opinião, o esgoto total do nosso país sofre algum tipo de tratamento antes de ser lançado no mar?		
Não sofre tratamentos	15	10,00
20% são tratados	88	58,67
50% são tratados	36	24,00
80% são tratados	11	7,33
Todos esgotos são tratados	-	-
Total	150	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 6 mostra as perguntas referentes às mudanças de hábitos dos estudantes a partir de informações novas, ou seja, mudanças de condutas e atitudes em prol da preservação ambiental.

Foi perguntado se elas mudam seus hábitos a partir de uma informação nova (Tabela 6): responderam 40,67% (61 alunos) que procuram sempre mudar, 57,33% (86 alunos) alegaram que algumas vezes mudariam seus hábitos e somente 2% (3 alunos) disseram que não mudariam.

É importante que as pessoas percebam os riscos que correm a partir de condutas erradas. Com base nos resultados da Tabela 6, dos 52% (78 alunos), um pouco mais da metade afirmaram que mudam seus hábitos ao conhecerem os riscos que aquela informação pode trazer. No entanto, 33,33% (50 alunos) disseram que os acessos às iniciativas de proteção ambientais influenciam seus hábitos, 12% (8 alunos) alegaram que só mudam quando o fato estiver prejudicando-os diretamente e somente 2,67% (4 alunos) responderam que nenhuma dessas opiniões citadas faria com que eles mudassem suas condutas.

Para Faggionato (2002), existem métodos que não buscam apenas o entendimento do que o indivíduo percebe, mas promove a sensibilização, bem como o desenvolvimento do sistema de percepção e compreensão do ambiente. Essa sensibilização pode ter aspectos positivos, como mudanças de hábitos a partir de uma nova percepção ambiental.

É muito complexo avaliar o comportamento humano, principalmente a sua relação com o meio ambiente. Contudo, é necessário haver estudos sobre suas atitudes, ações e percepções e tentar avaliar que as decisões e ações individuais ou coletivas podem ameaçar a qualidade de vida.

Segundo Barreiro (1980), a conscientização é a passagem da consciência ingênua para a crítica. A consciência ambiental determina os modos pelos quais o homem se relaciona com o meio ambiente e com os outros seres vivos.

A mudança de comportamento de cada indivíduo vai de acordo com um conjunto de fatores externo juntamente com a formação da personalidade individual.



Tabela 7. Sobre mudanças de hábitos a partir das informações trazidas

Mudam de hábitos a partir de uma informação nova (Perguntas 13 e 13.1)	Nº de alunos	%
Procuram sempre mudar	61	40,67
Algumas vezes	86	57,33
Não mudam	3	02,00
Total	150	100,00

	Nº de alunos	%
Acesso às iniciativas de proteção ambiental	50	33,33
Conhecer os riscos a partir da informação trazida	78	52,00
Quando o fato estiver prejudicando diretamente	18	12,00
Nenhuma dessas alternativas faria com que mudassem	4	02,67
Total	150	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que se tenha uma percepção ambiental local, sendo importante buscar conhecimento do ambiente em que se vive, procurando entender os projetos ou programas destinados ao meio ambiente.

A falta de percepção contribui para os problemas ambientais. Seria necessária uma nova perspectiva de condutas para que pudéssemos entender melhor o meio em que vivemos e obter uma nova percepção.

A educação ambiental tem por objetivo mostrar aos alunos a importância do ambiente em que habitamos; que ele deve ser preservado com muita responsabilidade e que não devemos destruir nem desperdiçar. Cuidar do meio ambiente pode ser entendido como mais um dos princípios morais e éticos. Esse vínculo dos jovens com o ambiente precisa partir da educação familiar, juntamente com a educação na escola.

O papel do Estado é muito importante para essa educação ser efetiva, pois é necessário estabelecer ações para que se tenha mais controle contra a poluição. É de responsabilidade governamental assegurar a preservação da qualidade do ambiente, promovendo a educação ambiental perante a sociedade, fiscalizando e punindo as atitudes de indústrias e do setor comercial.

No entanto, o conhecimento dos riscos e os acessos à iniciativa ambiental são fatores importantes para a mudança de conduta. Somente a consciência ambiental por parte das pessoas não é capaz de gerar mudanças, sendo necessário também que as pessoas saibam para onde levar o óleo para que seja reciclado. Se houvesse coleta seletiva nos bairros ou pontos estratégicos para levar esse resíduo, mais pessoas descartariam esse óleo corretamente.

De acordo com o Decreto-Lei nº 239/97, é preciso se obter uma gestão adequada para os resíduos em geral, visando à prevenção ou redução da nocividade dos resíduos, por via de adoção tecnológica mais limpa, sendo através de reciclagem.

É dever do Estado também dar subsídios para que a reciclagem ocorra, colocando pontos de coleta seletiva, pois existe um regulamento para que incida a reciclagem. Por isso, não podemos deixar que somente exista um regulamento sem que ele seja executado.



REFERÊNCIAS

ALBERECI, R.; PONTES, F. *Reciclagem de óleo comestível usado através da fabricação de sabão*. 2004. Dissertação (Mestrado), CREUPI, Espírito Santo do Pinhal.

BARREIRO, J. *Educação popular e conscientização*. Petrópolis: Vozes, 1980.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988*.

_____. Decreto-Lei 239, de 9 de setembro de 1997. Estabelece as regras a que fica sujeita a gestão de resíduos, nomeadamente a sua recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação, por forma a não constituir perigo ou causar prejuízo para a saúde humana ou para o ambiente. Ministério do Meio Ambiente. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* n. 208, Série I, Parte A.

_____. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 17 fev. 1998, p. 1*.

BRILHANTE, M.; CALDAS, L. *Gestão e avaliação de risco em saúde ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CALHEIROS, D. *Contaminação de corpos d'água*. Trabalho sobre Ecologia de Rios, 2007. Embrapa. Citado pela Universidade da Água – Matérias Publicadas.

Disponível em: <<http://uniagua.org.br>>. Acesso em: 20 maio 2008.

CARVALHO, I. C. M. Qual educação ambiental? Elementos para um debate sobre educação ambiental. *Agroecologia e desenvolvimento rural sustentável*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 43-51, abr.-jun. 2001.

D'AVIGNON, A. et al. *Manual de auditoria ambiental: estações de tratamento de esgoto*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.



FAGGIONATO, S. *Percepção ambiental*, 2002. Disponível em: <<http://educar.sc.usp.br>>.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GAMBOA, T. *Do óleo de cozinha ao biodiesel*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. Disponível em: <<http://www.olharvital.ufrj.br>>. Acesso em: abr. 2008.

GOMES, A. *Percepção ambiental dos alunos da Faculdade de Viçosa – FDS*, 2007. Disponível em:

<http://correio.fdvmg.edu.br/downloads/SemanaAcademica2007/Anais_Artigos>. Acesso em: jun. 2008.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios na saúde ambiental. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.

GUIMARÃES, A. *Avaliação de custos ambientais por óleo*. 2003. Tese (Doutorado). COOPE/UFRJ, Rio de Janeiro.

LOUREIRO, C. Educar, participar e transformar em educação ambiental. *Revista Brasileira de Educação Ambiental – REVBEA*. Brasília: Rede Brasileira de Educação Ambiental, n. 0, p. 13-21, nov. 2004.

MAGERA, M. Os empresários dos resíduos: um paradoxo da modernidade. *Administração e pauta*. São Paulo: ILBEC: Publicação de Artigos, ano II, n. 3, p. 47-64, jun. 2004.

MINAYO, M. C.; MIRANDA, A. C. *Saúde e ambiente sustentável*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINC, C. *Debates sobre saúde, ambiente e desenvolvimento*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), 8 set. 2008.

NETO, P. et al. Produção de biocombustível alternativo ao óleo diesel através da transesterificação de óleo de soja usado em fritura. *Química nova*, São Paulo, v. 23, n. 4, ago. 2000.



O GLOBO. *Reciclar o óleo de cozinha usado preserva o meio ambiente*. Reportagem RJTV, 1. Edição, 16 jul. 2008. Disponível em: <<http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL648530-9097,00.html>>. Acesso em: 16 jul. 2008.

RUSCHEINSKY, A. *Educação ambiental: abordagens múltiplas*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SANIBAL, E. Perfil de ácidos graxos trans de óleo e gordura hidrogenada de soja no processo de fritura. Artigos Publicados. *Ciências tecnológicas alimentar*, Campinas, SP, v. 24, p. 27-31, jan. 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cta/v24n1/20036.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2008.

VERLI, L. Tire dinheiro do lixo. *Revista mundo estranho*. Edição 68, São Paulo: Abril, out. 2007.



DESPEJO DE ESGOTO, POLUIÇÃO MARINHA, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: O CASO DO EMISSÁRIO SUBMARINO DA BARRA DA TIJUCA

Karoline T. de Oliveira¹
José Paulo Vicente da Silva²
Ana Júlia Calazans Duarte³

INTRODUÇÃO

Este artigo é parte integrante da monografia de título homônimo defendida pela autora principal em dezembro 2008, como requisito para conclusão do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Com o estudo, buscou-se estabelecer a relação entre despejo de esgoto, poluição marinha, qualidade e saúde, tomando-se como estudo de caso a problemática que envolve o lançamento de efluentes pelo Emissário Submarino da Barra da Tijuca. Nesse contexto, analisou-se também a poluição do complexo lagunar, que abrange os bairros da Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes e Jacarepaguá, situados na Zona Oeste da Cidade do Rio de Janeiro.

O elevado despejo de esgoto sanitário no meio ambiente constitui problema concreto de saúde pública. Quando a poluição marinha é

¹Ex-aluna do Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (2006-2008).

²Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (LAVSA), da EPSJV. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ, 2003). Contato: zepa@epsjv.fiocruz.br.

³Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (LAVSA), da EPSJV. Doutoranda em Ensino de Biociências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). Contato: anajulia@epsjv.fiocruz.br.

causada por despejo de esgoto sanitário, pode haver a contaminação das águas do mar, prejudicando a balneabilidade da praia, fator que pode trazer graves conseqüências à saúde humana e aos ecossistemas. Portanto, o despejo de efluentes sem o tratamento adequado no mar é inaceitável, mesmo diante das evidências que apontam para a sua enorme capacidade de absorção de substâncias estranhas ao referido biótopo.

O emissário entrou em funcionamento no dia 29 de dezembro de 2006 e, junto com ele, redes coletoras, cinco estações elevatórias e parte da estação de tratamento de esgoto, estruturas voltadas para a despoluição das lagoas da região. Constatou-se, entretanto, que o tratamento realizado retira apenas os resíduos sólidos grosseiros, o que faz com que o mar ainda esteja recebendo altíssimas quantidades de esgoto *in natura*.

A pesquisa teve como objetivo geral estabelecer a relação entre despejo de esgoto sanitário pelo Emissário Submarino da Barra da Tijuca, poluição marinha, qualidade de vida e saúde da população.

Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa de natureza exploratória que, segundo Minayo (1998), denomina-se o tempo dedicado a estudar o tema e conhecer melhor a problemática que o envolve. As técnicas de pesquisa adotadas foram: revisão bibliográfica acerca do tema, que abrangeu leitura, análise e interpretação de livros, artigos e a legislação vigente. Durante o trabalho de campo, também foram produzidas imagens fotográficas, que qualificaram o olhar da pesquisadora sobre o objeto.

Ao final do estudo, constata-se que a má estruturação do Projeto de Saneamento da Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes e Jacarepaguá e o início de operação da ETE – Estação de Tratamento de Esgotos antes do prazo preestabelecido são determinantes para a degradação socioambiental dos bairros em questão, com destaque para a poluição das praias e do complexo lagunar daquela região.

Dessa forma, esse trabalho tratou das interfaces existentes entre Saúde, Ambiente e Sustentabilidade, que estão direta ou indireta-

mente ligados ao processo de urbanização, crescimento demográfico e saneamento, processos conectados à questão da poluição marinha, qualidade de vida, saúde humana e dos ecossistemas.

SAÚDE, AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

Estamos em um período em que as questões entre o florescimento e a destruição da vida estão radicalmente em evidência. Dentro desse contexto, a relação entre a saúde e o ambiente tornou-se um assunto muito importante para toda a humanidade, já que a degradação do ambiente é uma ameaça aos sistemas que dão suporte à vida, à vida de todos os seres vivos, incluindo nós seres humanos (FREITAS; PORTO, 2006).

A água é indispensável ao homem. Serve como bebida, alimento, higiene e como fonte de energia. Mas ultimamente não vem sendo tratada como um meio de extrema importância, e sim como uma grande solução para o destino final do esgoto.

Quando existe diminuição da qualidade ou quantidade da água corrente ou represada, esta pode se tornar nociva ao homem e para outros seres vivos. A água, por suas propriedades, por possibilitar diluição e devido à sua abundância, foi e ainda é o meio mais utilizado para dispor resíduos das populações humanas.

Se a disposição de resíduos fosse realizada obedecendo-se aos princípios básicos das leis sobre o meio ambiente, como tratamento prévio adequado antes do contato com o recurso hídrico, a situação dos nossos rios e lagoas não estaria tão comprometida (DERÍSIO, 1992).

A partir do final do século XX a preocupação com os problemas ambientais se tornou proeminente na sociedade, o que resultou em duas grandes conferências mundiais sobre o tema, organizadas pela ONU: em Estocolmo, em 1972, e a do Rio de Janeiro, em 1992.

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada na cidade do Rio de Janeiro, mais conhecida



como ECO-92, foi ponto alto deste processo, tendo como resultado mais importante a Agenda 21.

A Agenda 21 visava a um programa de ações para o século XXI, com estratégias que deveriam ser adotadas para a sustentabilidade, já que traziam consigo um conjunto de princípios segundo os quais as nações deveriam se desenvolver na direção de incorporar concepções ambientais combinando sustentabilidade ambiental com o bom crescimento econômico e vice-versa (FREITAS; PORTO, 2006).

A proteção do meio ambiente é repensada em termos de maiores compromissos, visando à preservação do planeta para gerações futuras.

É muito importante tratar e remediar os efeitos onde o mal já foi criado. Mas um futuro sustentável somente será construído se enfrentarmos, além dos riscos conhecidos através de estratégias claras de prevenção e controle, as tecnologias e processos potencialmente perigosos, nos quais a ignorância sobre futuros cenários e a possibilidade de possíveis tragédias estejam presentes. (FREITAS; PORTO, 2006, p. 37).

Combinar sustentabilidade ambiental com crescimento econômico ou vice-versa é uma forma de conscientização que pode ajudar na melhora da qualidade de vida das populações humanas e dos ecossistemas.

URBANIZAÇÃO, CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO E SANEAMENTO

O processo de desenvolvimento social (urbanização) e econômico (industrialização) tem repercussão muito importante no processo saúde-doença das populações humanas. Como esses processos não têm se dado sob a égide da sustentabilidade socioambiental e da equidade, problemas como a falta de saneamento básico têm sido fatores determinantes nas condições de vida e saúde da população brasileira e dos demais países que se encontram em processo de desenvolvimento ou os ditos subdesenvolvidos.

Destaca-se que o crescimento da população urbana mundial contribui sobremaneira para o agravamento desse quadro. De 1900 a 2000, cresceu de 200 milhões de habitantes para 2,9 bilhões, e o número de cidades em que a população excedia mais de 1 milhão passou de 17 em 1990 para 388 em 2000 (cerca de 23 vezes mais). Pelas tendências mundiais atuais, em 2050 a população deve alcançar nove bilhões de pessoas. Sendo assim, a população será maior, mais urbanizada e crescerá de três a seis vezes, resultando em uma pressão aos limites do planeta (FREITAS; PORTO, 2006).

No Brasil, as importantes transformações demográficas e econômicas ocorridas, sobretudo nas quatro últimas décadas, refletem nos problemas situados na interface entre saúde e ambiente (FREITAS; PORTO, 2006). Constata-se que o crescimento industrial e urbano não acompanhado de políticas e programas de saneamento básico, para evitar a poluição, principalmente dos seus recursos hídricos, como é possível perceber nos dias de hoje nas lagoas da Barra e de Jacarepaguá, por exemplo, evidencia a saturação das mesmas.

Saneamento significa higiene e limpeza. Tendo como principais atividades desse setor, portanto, a coleta e o tratamento de resíduos produzidos pelo homem, como esgoto e lixo, tornando-os inofensivos à saúde. A função do saneamento é prevenir a poluição dos rios e praias e também garantir o fornecimento da água que chega às nossas casas (CALVINATTO, 1992, p. 14).

No ano de 2002, cerca de 95% dos domicílios tinham acesso à coleta de lixo, mas somente 45% do lixo tinham destino adequado; aproximadamente 51% do lixo tinham acesso à rede coletora de esgotos, mas apenas 1/3 do esgoto era tratado. A destinação inadequada do lixo e o lançamento de esgoto sem o tratamento resultam na ampla contaminação no solo e dos recursos hídricos (FREITAS; PORTO, 2006).

A poluição causada pela falta de saneamento caracteriza-se como uma mudança ecológica, ou seja, uma alteração nas proprie-



dades qualitativas e quantitativas dos componentes ambientais pelas atividades humanas, em especial no trabalho e no consumo, que prejudica direta ou indiretamente a nossa vida ou nosso bem-estar.

O saneamento é o serviço público com a menor taxa de crescimento de acesso, é o pior serviço público do Brasil, e se o acesso a ele continuar a crescer no ritmo atual teremos que esperar mais de 100 anos para que toda a população seja atendida por uma rede coletora de esgotos.

Nas cidades litorâneas, o problema compromete as praias e o mar. O Rio de Janeiro, a maior cidade litorânea da América Latina, cartão postal do Brasil por causa de suas praias, encontra-se em maus lençóis, pois a maioria deveria estar interditada ao banho durante boa parte do ano.

Conforme dados da FGV, cerca de 24% das residências despejam seus esgotos nos rios e canais das cidades, que levam estes dejetos para o mar e as praias, oferecendo risco à saúde de milhões de banhistas.

Por esse motivo, antes de retornarem ao rio, as águas que se transformaram em esgoto devem ser tratadas e assim voltar a ter suas características o mais próximo possível das condições naturais (CALVINATTO, 1992).

As águas residuárias são compostas por 99,9% de água. Dependendo dos hábitos populacionais (uso irracional de medicamentos, domissanitários etc.), os resíduos podem sofrer variações, mas normalmente as características dos esgotos sanitários são bastante uniformes.

A seguir, está uma representação da composição do esgoto doméstico:

Esgoto Doméstico	Percentual
Água	99%
Sólidos Totais	0,01%
Orgânico	70%
Proteína	65%
Carboidratos	25%
Gordura	10%
Inorgânico (metais, areia e sais)	30%

Os processos de tratamento de esgoto foram desenvolvidos com a finalidade de remover o excesso de detritos, além de substâncias químicas e parasitas estranhos ao meio aquático.

O tratamento primário para 1/3 do esgoto coletado no Rio de Janeiro retira as partes sólidas do mesmo, despejando o resto diretamente nas lagoas e no mar. Infelizmente, o tratamento faz pouco para reduzir as possíveis infecções e doenças aos usuários, pois há presença de bactérias e vírus invisíveis dentro d'água.

Outros 2/3 do esgoto, sem tratamento nenhum, vão diretamente para as lagoas e o mar, levando grande parcela do que foi despejado pelas residências. O efeito da falta de tratamento tem sido devastador para o complexo lagunar (MACHADO, 2007, p. 42-59).

Normalmente, a própria natureza possui capacidade de decompor a matéria orgânica presente nos rios, no mar e nos lagos. Entretanto, no caso de efluentes, essa matéria existe em grande quantidade, exigindo assim um tratamento mais eficaz em uma Estação de Trata-



mento de Esgoto (ETE) que basicamente reproduz a ação da natureza de maneira mais rápida.

O tratamento de esgoto domiciliar pode ser dividido em quatro níveis:

1. Pré-eliminar;
2. Tratamento Primário;
3. Tratamento Secundário;
4. Tratamento Terciário.

No nível Pré-eliminar são utilizadas grades, peneiras ou caixas de areia para reter os resíduos maiores e para facilitar o transporte do efluente. No Tratamento Primário são sedimentados (decantados) os sólidos em suspensão que vão se acumulando no fundo do decantador. No Tratamento Terciário, também chamado de fase pós-tratamento, são removidos os poluentes específicos como micronutrientes (nitrogênio, fósforo etc.) e patogênicos (bactérias, fungos etc.) quando se deseja que o efluente tenha excelente qualidade ou quando o tratamento não atingiu a qualidade desejada.

Quando se trata de efluentes industriais, a própria “empresa” que faz o tratamento – no caso do Rio de Janeiro, a CEDAE – deve exigir que a indústria monitore a qualidade dos efluentes mandados para a estação. No caso de haver substâncias muito tóxicas que não possam ser removidas pelo tratamento oferecido pela ETE, a indústria é obrigada a construir a sua própria ETE para tratar seu próprio efluente (FARIA, 2007).

As lagoas da Barra da Tijuca e de Jacarepaguá estão tomadas por cianobactérias⁴ que proliferam no esgoto e soltam substâncias tóxicas que podem afetar seriamente o fígado. Infelizmente, essas lagoas servem como fonte de alimento para muitos pescadores locais. Hoje em dia muitos já não tiram das lagoas o seu sustento, tendo em vista

⁴ Organismo unicelular, procariótico, isolado ou colonial, autotrófico fotossintetizante, pertencente ao reino Monera. Antigamente as cianobactérias eram consideradas algas (algas azuis ou cianofíceas). Atualmente são classificadas no grupo das eubactérias.

que o homem estaria correndo risco não só de contrair Gastroenterite, mas também doenças hepáticas sérias e até câncer.

A realidade do rio Arroio Fundo, localizado na Zona Oeste do Rio de Janeiro, na comunidade da Cidade de Deus, em Jacarepaguá, é caótica. O rio encontra-se com elevado nível de eutroficação⁵, é um verdadeiro esgoto a céu aberto. Esse rio desemboca nas lagoas da região.

Quando ocorrem períodos de chuva forte, a situação se torna mais crítica, pois grande parte das cianobactérias presentes no sistema lagunar é levada para o mar através do Canal da Joatinga, causando fechamento das praias, como aconteceu no verão de 2007.

Mais de 70% da superfície do planeta são cobertos pela água que compõe os oceanos e, em proporção mínima, as geleiras, os rios e lagos. A água existe em abundância, porém não está totalmente disponível.

As fontes de água disponíveis na natureza são limitadas. Em geral, o mesmo manancial é utilizado pelo homem para diferentes fins, como por exemplo: o abastecimento de residências, indústrias e hospitais, irrigação de hortaliças, plantações, recreação e pesca. No entanto, muitas vezes essas fontes são também receptoras de esgoto, o que as torna incompatíveis com as atividades descritas anteriormente.

Portanto, é obrigação do homem proteger os mananciais para evitar sua deterioração, respeitar as leis para atender às necessidades não só do próprio homem, mas também de outros organismos vivos, tanto em qualidade quanto em quantidade. É importante ressaltar que quanto mais poluída estiver uma fonte de abastecimento mais caro será o tratamento necessário para transformá-la em água potável, sendo assim mais complicado para o governo fazê-lo (CALVINATTO, 1992).

⁵ Geralmente leva à grande multiplicação de bactérias aeróbicas (utilizam gás oxigênio em sua respiração), o que acaba por consumir rapidamente todo gás oxigênio existente na água.



POLUIÇÃO MARINHA, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A Barra da Tijuca é uma localidade de classe média alta que está localizada numa grande ilha na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, dentro da XXIV Região Administrativa, que abrange os bairros de Grumari, Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Camorim, Joá e Itanhangá. O bairro da Barra da Tijuca se limita a oeste com o bairro do Joá, Itanhangá e o maciço da Tijuca; a norte com a RA de Jacarepaguá, limitada pelas lagoas; a leste com o bairro do Recreio dos Bandeirantes, separado pela Avenida Salvador Allende; e a sul, banhado pelo Oceano Atlântico, formando as praias do Pepê e da Barra da Tijuca.

A área territorial da Barra da Tijuca corresponde a 4.815,6 ha, ou seja, é o quinto maior bairro do município, apresentando 53,15% de área urbanizada e o restante de área natural, tendo em vista que 10% desta área abrangem um complexo hidrográfico, extremamente singular do Rio de Janeiro.

Foi a partir da década de 1970 que a Barra da Tijuca apresentou um grande impulso de ocupação e urbanização, que transformou rapidamente a região num espaço bastante movimentado. Devido à grande especulação imobiliária, o bairro apresentou aumento no número de residentes e de comerciantes. Sendo assim, houve subsequentemente aumento na poluição sobre o meio ambiente da região.

Com a falta de investimentos em saneamento, para que o esgoto fosse tratado e disposto corretamente no ambiente, a situação tornou-se ainda mais complicada, tendo em vista que o esgoto era lançado no ambiente sem o tratamento prévio adequado (MACHADO, 2007).

Com o objetivo de ajudar a população a manter boa qualidade de vida, a SERLA monitora rios e lagoas do estado do Rio de Janeiro, realizando fiscalizações com relação à ocupação das faixas marginais, agressão ao meio ambiente, qualidade da água etc. Com essa responsabilidade, também existe a FEEMA, que faz o monitoramento de qualidade das águas destinadas à balneabilidade – natação, mergulho

etc. Além disso, visa informar à população sobre quais são as praias recomendadas e não recomendadas ao banho de mar.

A avaliação da balneabilidade das praias é baseada em índices microbiológicos, em conformidade com critérios determinados pelo Padrão de Balneabilidade do Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA.

A seguir, está representada a figura disponível no site da FEEMA, que informa as condições das praias do Rio de Janeiro na data de 14/11/2008, de acordo com a balneabilidade:



Fonte: <http://www.feema.gov.br>

No Brasil, uma praia é considerada balneável com um índice de 1.000 coliformes fecais por 100 ml de água, dez vezes mais que nos EUA. Os níveis de esgoto bruto são de 10.000.000 e, com tratamento primário, 1000.000 (SURFRIDER FOUNDATION BRASIL, 2008).

No mar estão presentes bactérias e oxigênio, que ajudam a neutralizar o esgoto, tornando-o inofensivo, mas a capacidade de recepção e absorção desse esgoto é limitada e com o número de pessoas vivendo nas cidades litorâneas aumentando a preocupação se torna cada vez maior, porque a poluição aumenta concomitantemente. E o mar sozinho não consegue neutralizar todo esse esgoto (BAINES, 2001).

Neste contexto, o Plano de Saneamento da Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes e Jacarepaguá foi criado e com ele ficou



prevista a construção do Emissário Submarino da Barra, para auxiliar na despoluição do complexo lagunar e tentar minimizar os problemas de saneamento dos presentes bairros (MACHADO, 2007).

A proposta de construção do emissário submarino da Barra da Tijuca se arrasta desde início da década de 1980, e até hoje não teve fim. O que deve ficar claro é que a criação do mesmo não basta para a despoluição, sobretudo das lagoas que englobam o bairro.

O sistema costeiro do bairro foi muito alterado e até mesmo destruído. O principal impacto ambiental se deu através da eutroficação da região; com a chegada da ocupação urbana, houve a construção de aterros irregulares nas bordas das lagoas, desmatamento, construção de canais artificiais e retificação de outros; e o crescimento demográfico favoreceu o aumento da concentração de matéria orgânica nas lagoas.

EMISSÁRIO SUBMARINO

O emissário submarino tem como objetivo auxiliar no saneamento de cidades litorâneas. Emissário submarino é uma tubulação utilizada para lançamento de esgotos sanitários ou industriais no mar, aproveitando-se da elevada capacidade de autodepuração das águas marinhas.

Atualmente, os emissários são considerados complementares, são integrados aos sistemas de tratamento e disposição de esgoto sanitário das cidades litorâneas. O fato de serem integrados deve ser claro, pois não se pode admitir o lançamento de esgoto sem receber tratamento prévio adequado, ou seja, recebendo no mínimo o tratamento primário (RIOS; JATAHY; MAURICIO, 1983).

Na Barra da Tijuca, há muitos anos, já se pensava em emissário submarino, e o crescimento populacional desordenado foi uma das motivações. Por volta dos anos 70 e 80, a Zona Sul do Rio de Janeiro sofreu com o elevado crescimento demográfico. Tendo isso em vista, muitas pessoas começaram a se deslocar da Zona Sul (Copacabana,



Ipanema etc.) para a Zona Oeste, em especial para a Barra da Tijuca.

No final dos anos 60, com a abertura do túnel Dois Irmãos e do Elevado do Joá, ligando a Zona Sul à Barra pela costa, deu-se início ao projeto de urbanização idealizado por Lúcio Costa, que tinha por objetivo controlar a expansão urbana e preservar a geografia do lugar, suas belezas naturais e lagoas, já que era uma das últimas áreas disponíveis para onde a cidade poderia se expandir.

Não houve um acompanhamento do Plano Piloto de Lúcio Costa e o bairro cresceu de forma desorganizada, como pôde ser visto anteriormente. Hoje em dia, a falta de organização do passado, o descaso político se reflete em um grande problema de saúde pública: falta de saneamento, que é a principal causa dos problemas socioambientais que abrangem Barra, Jacarepaguá e Recreio dos Bandeirantes.

O maior problema socioambiental que esses três bairros têm em comum é a poluição do complexo lagunar que a região engloba, do qual fazem parte as Lagoas da Tijuca, de Jacarepaguá, Marapendi e a de Camorim.

Enfim, para auxiliar a despoluição das lagoas e melhorar o saneamento da região, foi criado o Programa de Saneamento da Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes e Jacarepaguá, onde ficou prevista a implementação do Emissário Submarino da Barra da Tijuca. A seguir, a fotografia da Tubulação encarregada de levar o esgoto de parte da Zona Oeste pra ETE:



Fonte: Karoline T. de Oliveira.



O emissário submarino da Barra da Tijuca é parte integrante do Sistema de Esgotamento Sanitário da região. Foi projetado para viabilizar a retirada dos esgotos inicialmente lançados no sistema lagunar da região.

O projeto foi calcado nos resultados de diversas campanhas de medição de correntes em alto-mar realizadas pela CEDAE que demonstram padrão paralelo à linha de costa, seja na direção oeste ou leste, favorecendo o descarte do esgoto, sem causar risco à zona de balneabilidade.

Segundo a CEDAE, nos primeiros 500 metros dos Emissários, 300 metros da Costa correspondem à Zona da Arrebentação e estão enterrados na areia; e 200 m começam a aflorar sobre a areia, acompanhando a morfologia local. A partir deste ponto a tubulação é assentada no fundo do mar, em três tramos de aproximadamente 1.500 m de comprimento interligados por 3 carretéis de ajustes de 7 m de extensão, com auxílio de blocos de concreto armado, pré-moldados, fixos na tubulação por tirantes de aço.

São 5 km de extensão mar adentro. No trecho final de 500 m, assentado à profundidade de 40 m, encontram-se os difusores que lançam os esgotos possibilitando grande mistura com a água do mar, reduzindo em 100 vezes sua concentração inicial.

A CEDAE iniciou o monitoramento da qualidade das águas da região 5 horas após o início da operação do emissário e continuará coletando amostras uma vez por semana para a informação da população. Esse monitoramento segue os critérios do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA e vem sendo orientado pela FEEMA.



Fonte: Cedae.

A tabela a seguir demonstra a 79ª campanha de monitoramento da qualidade das águas da praia da Barra da Tijuca após o início da operação do Emissário da Barra, cuja data é 4 de novembro de 2008. No gráfico estão representados os pontos de coleta na praia da Barra e as medidas de coliformes termotolerantes:

Data: 04/11/2008

Localização dos Pontos de coleta: Praia da Barra



Ponto	Distância a partir do emissário	Coliformes termotolerantes (NMP/100 ml) (*) (**)
P1	500 m à direita	30
P2	1000 m à direita	30
P3	2000 m à direita	Menor ou igual a 23
P4	3000 m à direita	Menor ou igual a 23
P5	500 m à esquerda	Menor ou igual a 23
P6	1000 m à esquerda	Menor ou igual a 23
P7	2000 m à esquerda	30
P8	3000 m à esquerda	Menor ou igual a 23

(*) NMP/100 ml – número mais provável por 100 ml.

(**) Análises realizadas no laboratório CEDAE – Sarapuí, credenciado na FEEMA sob código UM 010044/55.11.30

OBS.: Todas as amostras foram coletadas próximas às margens da praia, na superfície.

Os resultados das análises das amostras coletadas em todos os pontos mencionados registram índices de coliformes termotolerantes menores do que 250NMP/100 ml. Como os resultados das análises do conjunto de amostras obtidas em cada uma das cinco semanas anteriores foram inferiores a esse limite em pelo menos 80% das amostras, as águas da praia da Barra podem ser consideradas “excelentes” para a balneabilidade, segundo a Resolução CONAMA nº 357/2005.

Observou-se nesta data (04/11/2008) ausência de cor, odor, material flutuante ou substâncias oleosas no local. As amostras apresentavam aspecto límpido nos pontos coletados.

A CEDAE faz uma importante observação; durante ou logo após os períodos chuvosos, as praias recebem grande quantidade de água poluída. No caso da praia da Barra, as principais contribuições vêm dos canais de Sernambetiba e da Joatinga, bem como da rede de drenagem, o que compromete a qualidade das águas do mar por alguns dias; sendo assim, os banhistas devem prestar atenção redobrada nesses períodos (Fonte: <http://www.cedae-rj.com.br/raiz/m041108.asp>).

A área de abrangência do programa se resume a Recreio dos Bandeirantes, Barra da Tijuca e Jacarepaguá (Curicica, Anil, Freguesia, Pechincha, Tanque, Praça Seca e Taquara) e a população beneficiada será de aproximadamente 1000.000 de hab.

O objetivo do programa é coletar o esgoto produzido por 670 mil habitantes de 13 bairros e sub-bairros da região. O esgoto deve seguir por 15 elevatórias secundárias, depois para quatro elevatórias principais de onde será bombeado novamente, desta vez para a Estação de Tratamento de Esgoto da Barra da Tijuca. O material tratado será levado para o Emissário Submarino da Barra e despejado em volume aproximado de 900 l de esgoto por segundo a 5 km da costa.

Apenas em 2006 o governo estadual lançou um projeto efetivo que previu a conclusão da rede de esgotamento sanitário, bem como a construção de estações de tratamento de efluentes e ainda a construção de um interceptor oceânico (Emissário Submarino) na praia da Barra da Tijuca.

Mas foi somente no ano de 2004 que, devido a motivações econômicas, o projeto obteve prioridade dentre as ações governamentais, especificamente após a cidade do Rio de Janeiro ter sido escolhida para sediar os Jogos Pan-americanos de 2007. Foi então que o Comitê Organizador, juntamente com as esferas municipal, estadual e federal, através de parcerias com empresários e instituições locais, desenhou a reestruturação, conforme a fotografia a seguir de uma placa da Prefeitura do Rio, que indica o local da Unidade de Tratamento de Rio Arroio Fundo e destaca o objetivo do tratamento: "Pan 2007":





Todo o projeto deveria ser concluído em setembro de 2006, mas o Governo Estadual não esperou a conclusão para inaugurar o Emissário. A intenção foi despejar no mar 30% do esgoto da Barra da Tijuca sem tratamento prévio adequado antes de o projeto ser concluído.

Essa ideia se baseou em estudos que afirmaram que o esgoto é diluído no mar, mas o Ministério Público se manifestou contrário ao projeto por causa da legislação ambiental:

Para lançamento de esgotos sanitários em corpos d'água, o tratamento primário completo deverá assegurar eficiências mínimas de remoção de demanda bioquímica de oxigênio dos materiais sedimentáveis e garantir a ausência virtual de sólidos flutuantes, com redução mínima na faixa de 30% a 40% da DBO (Demanda Bioquímica de Oxigênio). (BRASIL, 1996, art. 2º).

Segundo informações da TV GLOBO, 2006, o Emissário da Barra da Tijuca entrou em funcionamento no dia 19 de dezembro daquele ano, depois de uma série de adiamentos. Segundo o Governo do Estado, o tratamento completo seria realizado no ano de 2008, quando todo o programa de saneamento da Barra, Jacarepaguá e Recreio estivesse concluído.

Segundo a CEDAE; a conclusão do Tratamento Primário da ETE Barra da Tijuca terminou no prazo (fevereiro/2009). Porém, para a finalização do Programa, resta a conclusão de algumas obras, tais como a construção da Elevatória Curicica I e Curicica II (Início: Julho/2009 – Término: Novembro/2010); Elevatória Taquara (Início: Maio/2010 – Término: Dezembro/2010); Estação Elevatória de Esgoto Recreio dos Bandeirantes (Início: Janeiro/2009 – Término: Dezembro 2010) etc.

Desde então, obras importantes foram concluídas nesse período. No dia 13 de novembro de 2008, a Nova CEDAE concluiu mais uma etapa do Programa de Saneamento, a nova elevatória Eugênio Macedo, que está capacitada para receber o esgoto da sub-bacia Santa-Mônica, englobando o condomínio Santa Mônica e áreas adjacentes.

Muitas vezes a conclusão de obras não visa melhorar a qualidade de vida da população. No ano de 2007, a razão para adiantarem as obras e até mesmo lançarem esgoto sem tratamento adequado ao mar foi em virtude da realização dos Jogos Pan-americanos. Em 2008, o Comitê Olímpico brasileiro foi buscar a indicação do Rio como cidade sede dos Jogos Olímpicos de 2016.

Tendo em vista essa possibilidade, o governo poderá voltar-se para a solução do caos socioambiental no qual a cidade se encontra. Afinal,

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e a coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para presente e futura geração. (BRASIL, 2001).

A construção de um Emissário Submarino é fundamental para auxiliar no saneamento de uma determinada região, mas junto com ele outros quesitos devem ser cumpridos, tais como as etapas necessárias para o tratamento do esgoto que será despejado no oceano.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no que foi discutido, os bairros da Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Recreio dos Bandeirantes cresceram de forma desordenada, sem a devida cobertura de políticas de saneamento, gerando grande degradação ambiental, e das condições de vida e saúde da população. Toda a poluição lançada nos rios, lagoas e praias vem ocasionando prejuízos incalculáveis às comunidades que retiram desses ecossistemas os meios para a sua sobrevivência, como é o caso dos pescadores artesanais locais.

Para o enfrentamento da problemática da poluição marinha e do complexo lagunar citado, foi criado o Programa de Saneamento da Barra da Tijuca, Recreio e Jacarepaguá, onde ficou prevista a criação do emissário submarino da Barra da Tijuca. Entretanto, o referido Programa só entrou vigor em função da realização dos Jogos Pan-Americanos de 2007, que teve como uma das condicionalidades a implementação de um programa de saneamento.

O Programa de Saneamento da Barra da Tijuca, que na teoria deve contribuir para o processo de despoluição daqueles ecossistemas, na prática, processa somente o tratamento dos efluentes sólidos que passam pela Estação de Tratamento de Esgoto, o que representa apenas o tratamento preliminar.

É de conhecimento da CEDAE e da SERLA que o complexo lagunar recebe altíssima quantidade de esgoto *in natura*, e de fato é reconhecido por ambas as partes que o complexo recebe, sim, efluentes industriais e que a fiscalização das mesmas não pode ser cumprida. Sendo assim, não há como garantir que as indústrias estão fazendo sua parte de tratar seus efluentes antes de lançá-los em meio hídrico. Tendo em vista a realidade, o tratamento pré-eliminar claramente não é suficiente.

A CEDAE pretende alcançar o nível primário de tratamento de esgoto que irá reduzir parte da matéria orgânica presente no esgoto, removendo os sólidos em suspensão e sólidos flutuantes. Mas fica claro que esta fase do tratamento também não bastará, já que o complexo recebe efluente industrial.



É necessário investir para que cada residência dos bairros esteja ligada ao sistema de esgoto, por meio da ampliação e construção de estações de tratamento de esgotos com capacidade suficiente para tratar todo esgoto, inclusive as águas pluviais. Destaca-se a necessidade do tratamento secundário e terciário; já o tratamento primário não é suficiente para livrar o esgoto de micro-organismos patógenos, como é o caso do vírus da hepatite, que pode sobreviver até 100 dias no mar, tempo suficiente para alcançar a praia.

O governo e os governantes são eleitos e pagos pelo povo para servir à sociedade e garantir saúde pública e bem-estar, mas sem um meio ambiente saudável não há bem-estar, nem saúde. Os sistemas de saneamento existentes são precários e deixam os habitantes expostos a grandes riscos de saúde, e ao mesmo tempo causam grande dano ao meio ambiente.

Quanto aos recursos para investir, existe o PAC, o qual prevê investimentos de R\$ 10 bilhões para saneamento. Até o dia 14/11/2008 foram investidos R\$ 418.593.428,87. A tabela demonstra os seguintes dados:

OBRAS	INVESTIDO ATÉ 14/11/2008	A INVESTIR	TOTAL
BARRA DA TIJUCA	R\$ 257.598.162,45	R\$ 42.193.711,10	R\$ 299.791.873,55
JACAREPAGUÁ	R\$ 130.373.946,42	R\$ 47.960.616,59	R\$ 178.334.563,01
RECREIO DOS BANDEIRANTES	R\$ 30.621.320,00	R\$ 56.968.891,51	R\$ 87.590.211,51
TOTAL GERAL	R\$ 418.593.428,87	R\$ 147.123.219,20	R\$ 565.716.648,07

Fonte: <http://www.cedae.com.br>



Exemplos da falta de saneamento são visíveis. Geralmente aparecem manchas na praia da Barra. No dia 5 de junho de 2008, uma mancha marrom que surgiu nas lagoas, mostrada pela Rede Globo, avançou pelo mar e atingiu as Ilhas Tijucas. Segundo a Secretaria Estadual do Ambiente, a mancha é uma mistura de esgoto sanitário e lama que saiu do fundo das lagoas após a chuva.

O resultado disso pode ser visto na qualidade da água do mar. Segundo a FEEMA, o índice de coliformes fecais estava 13 vezes acima do tolerado na orla da Barra da Tijuca. Foi o pior registro dos últimos seis anos.

Logo se torna inaceitável que o esgoto seja lançado através do emissário sem o tratamento adequado. O mar tem alta capacidade de autodepuração, porém para tudo existe limite.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Gisele Firme, oceanógrafa, o emissário entrou em funcionamento (inicialmente) despejando 900 litros por segundo, ou seja, 77 milhões de litros por dia de esgoto bruto no mar da Barra.

Na opinião de alguns, este volume seria diluído no mar e assim não afetaria a qualidade da água na Praia da Barra ou os ecossistemas presentes na região. Um estudo recente foi realizado sobre o efeito do emissário submarino na Baía de Santos, onde o esgoto também é despejado sem tratamento.

Em Santos, o emissário submarino lança esgoto a 5 km da praia (mesma distância do emissário da Barra) com volume entre 600 a 1.600 litros por segundo. Pesquisadores da Universidade de São Paulo, em colaboração com cientistas do U.S. Geológica Survey, publicaram um estudo sobre o efeito do emissário no sedimento da Baía de Santos para determinar se há poluição proveniente do esgoto. Descobriu-se que há um acúmulo de sedimentos mudando a ecologia local e afetando a indústria pesqueira da região. Existe também uma forte correlação



do lançamento de esgoto com a mortalidade de pequenos crustáceos que compõem a base da cadeia alimentar, com elevados níveis de toxicidade do sedimento em áreas adjacentes à saída do emissário. O resultado do estudo foi a constatação de que o emissário está efetivamente afetando a qualidade da água, a ecologia e a economia local. A recomendação dos cientistas é a instalação de uma estação de tratamento para o esgoto do emissário de Santos o mais rápido possível.

Na Austrália, país onde existem mais emissários submarinos no mundo, todos eles têm no mínimo estação de tratamento secundário (onde um tratamento biológico é adicionado removendo-se até 90% de bactérias), exceto em Sydney. O emissário de Sydney foi instalado nos anos 70 somente com o tratamento primário, porque de acordo com o governo se gastaria muito para fazer uma estação de tratamento secundário. Passados quase 30 anos, e comprovado o efeito nocivo na ecologia afetando o turismo, pesca e economia local, o governo de Sydney está gastando 6 bilhões de dólares para converter a estação em tratamento secundário.

No Brasil, uma praia é considerada balneável com um índice de 1.000 coliformes fecais por 100 ml de água, 10 vezes mais do que nos EUA. Os níveis de coliformes fecais em esgoto bruto são organismos que ocorrem normalmente na flora intestinal humana, e assim funcionam como um parâmetro para a quantidade de esgoto presente na água. Porém, a ausência de coliformes não é uma indicação de ausência de organismos que provocam doenças.

Além dos efeitos nocivos para a saúde do banhista, há que se preocupar com a saúde do mar também. O mar, ao contrário do que se pensa, não é estação de tratamento de esgoto, nem reservatório de lixo.

O emissário desloca a poluição para um lugar onde nós não podemos ver o efeito que ela causa. Temos que olhar além do nosso poder míope de avistar a poluição em nossos horizontes e exigir dos governantes que nos proporcionem praias limpas e oceanos saudáveis. É o mínimo a ser feito.



No arquipélago das Cagarras, ilhas que ficam próximas ao lançamento do esgoto do emissário submarino de Ipanema, já pode ser observada a diminuição da diversidade de alguns animais marinhos. Segundo pesquisadores do Museu Nacional/UFRJ, a baixa qualidade da água é uma possível causa para essa redução da biodiversidade local.

Conforme analisado, nos últimos anos, as questões ambientais ganharam espaço na agenda social e política brasileira, na perspectiva da melhoria das condições de vida para a população e da sustentabilidade ambiental. No caso específico do Rio de Janeiro, o Emissário Submarino foi a alternativa escolhida para melhorar as condições de vida e saúde da população, contemplado no Programa de Saneamento dos municípios da Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Recreio dos Bandeirantes, impactando o grande despejo do esgoto *in natura* lançado no complexo lagunar da região.

Apesar do nível de tratamento para o esgoto oferecido pelo programa não ser o mais indicado para resolver por completo os problemas decorrentes da degradação social e das condições de vida e saúde daquelas populações, ressalta-se que o referido empreendimento governamental pode representar um passo na despoluição dos rios, das lagoas e dos mares daquela região.

REFERÊNCIAS

BAINES, J. *Preserve os oceanos*. São Paulo: Scipione, 2001 (Série Preserve o Mundo).

BRANCO, S. M. *Meio ambiente em debate*. São Paulo: Moderna, 1997 (Coleção Polêmica).

BRASIL. Constituição (1988). Art. 225. *Constituição da República Federativa do Brasil*, São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. Instituição Normativa n. 1, de 7 de março de 2005. Regula-



menta a Portaria n. 1.172/2004/GM. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção 1, p. 35.

_____. Lei 2.661, de 27 de dezembro de 1996. Regulamenta o disposto no art. 274 (atual 277) da Constituição do Estado do Rio de Janeiro no que se refere à exigência de níveis mínimos de tratamento de esgotos sanitários, antes de seu lançamento em corpos d'água e dá outras providências. Governo do Estado do Rio de Janeiro.

_____. Resolução Conama 357, de 17 de março de 2005. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* n. 53, Brasília, DF, 18 de mar. 2005, Seção 1, p. 58-63.

BUSS, M. P.; FILHO, P. A. A saúde e seus determinantes sociais. In: *Physis: Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABRAL inaugura novo sistema de esgoto da Barra da Tijuca, 2008. Disponível em: <http://www.cedae.rj.gov.br/raiz/006.asp?cd_noticia=1616>. Acesso em: 16 nov. 2008.

CALVINATTO, V. M. *Saneamento básico: fonte de saúde e bem-estar*. São Paulo: Moderna, 1992 (Coleção Desafios).

CIANO BACTÉRIAS. Disponível em: <<http://www.lagoparanao.com/evolucaodolago.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

COORDENADORIA de Comunicação do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.surfrider.org.br/noticias/dese_aviso.asp?CD_NOTICIA=69>. Acesso em: 27 jun. 2008.

COSTA, N. do R. *A questão sanitária e a cidade*. Rio de Janeiro: Fundação Casa Rui Barbosa, 1984. 44 p.

DERÍSIO, J. C. *Introdução ao controle de poluição ambiental*. São Paulo: Cetesb, 1992.

EMISSÁRIO Submarino da Barra da Tijuca começa a funcionar. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/>>



Rio/0,,AA1403010-5606,00.html>. Acesso em: 28 jun. 2008.

FARIA, C. *Tratamento de esgoto: categoria geografia*. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/geografia/tratamento-de-esgoto/>>. Acesso em: 17 out. 2008.

FEEMA – Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente. Disponível em: <http://www.feema.rj.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2008.

FREITAS, M. C.; PORTO, F. M. *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 (Coleção Temas em Saúde).

GONÇALVES, B. P. F.; LEMOS, M. H. *Emissário submarino da Barra da Tijuca*. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.acrj.org.br/article.php3?id_article=1685>. Acesso em: 27 jun. 2008.

LEGISLAÇÃO brasileira. Lançamento de esgotos sanitários em corpos d'água. Lei nº 2.661/96. *Constituição do Estado do Rio de Janeiro*. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/2661-96.htm>>. Acesso em: 3 dez. 2008.

LOPES, M. B. *Práticas médico-sanitárias e remodelação urbana na cidade do Rio de Janeiro – 1980/1920*. 1998. 149 p. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Departamento de História, São Paulo.

MACHADO, R. T. Cidade e Meio Ambiente em Debate: notas sobre o papel da infra-estrutura de saneamento no planejamento estratégico urbano. *Revista Geográficas*, Florianópolis, n. 3, p. 42-59, maio 2007. Disponível em:

<<http://geograficas.cfh.ufh.br/arquivi/ed03/artigo02.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2008.

MINAYO, M. G. S. *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. Petrópolis : Vozes, 1998.

MONTONE, C. R. *Fundamentos da oceanografia química, poluição marinha*. Disponível em: <http://labqom.io.usp.br/downloads/IOF212/VII_marine_pollution.pdf>. Acesso em: 28 maio 2008.

NETTO, F. G.; CARNEIRO, F. F. *Vigilância ambiental em saúde no Brasil*, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/>

pdf/artigo_vas.pdf >. Acesso em: 17 out. 2008.

PINHO, I. X. F. de; BEMOLT, R. C. B.; VILLAR, L. *Arquitetura e memória; a arte na justiça*. Rio de Janeiro: Centro Cultural da Justiça Federal, 2007.

RIOS, J. L. P.; JATAHY, C. M. Modelos matemáticos aplicados à engenharia hidráulica e de meio ambiente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 12, nov. 1983, Camboriú, SC.

SURFRIDER FOUNDATION BRASIL. *Artigos Técnicos*, 2008. *Até quando nadaremos em nosso cocô*. Disponível em: <<http://www.surfrider.org.br/>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

VALENTE, L.; COSTA, T. M.; JANSEN, R. *Oceanos*. Rio de Janeiro: Esdeva, 2007. p. 7 (Coleção Salve o Planeta – *Jornal O Globo*).

Site consultado

www.cedae-rj.com.br/raiz/m041108.asp.



A INFLUÊNCIA DOS *GAMES* NO COMPORTAMENTO SOCIAL DOS JOVENS

Leandro Farias¹
André Dantas²

INTRODUÇÃO

De início, cabe dizer que o *videogame* é um brinquedo eletrônico acoplado a uma televisão ou um monitor onde o indivíduo que interage com ele, denominado jogador, através de imagens, joga usando o *joystick*, com o objetivo de vencer o determinado gênero de jogo. No Brasil, o termo é usado para nomear os chamados “consoles” ou “plataformas”, que são os responsáveis pelo processamento do jogo. Esse brinquedo se popularizou na década de 1980 e hoje é conhecido mundialmente. Tal brinquedo tornou-se uma “febre” e conquistou o coração de milhares de jovens pelo mundo, a ponto de gerar um mercado muito lucrativo.

O mercado de jogos se tornou a maior indústria de entretenimento moderno, ela movimenta aproximadamente trinta bilhões de dólares [...]. A previsão de crescimento do mercado de jogos é de 20,1% ao ano pelos próximos cinco anos. O segmento de jogos eletrônicos mundial cresceu tanto que ultrapassou o faturamento do cinema [...]. (RAHAL, 2006, p. 1).

Também por esta razão, em 28 de abril de 1999, a revista *Veja*, em sua edição 1595, publicou uma matéria sobre o massacre ocorrido

¹Ex-aluno do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Laboratório de Biotecnologia em Saúde (2005-2008). Atualmente exerce atividades profissionais como técnico em análises clínicas e cursa Farmácia na Unigranrio. Contato: leandronfarias@yahoo.com.br.

²Assessor da Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV. Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Contato: andredantas@epsjv.fiocruz.br.



numa escola do Colorado, nos EUA, onde dois estudantes entraram atirando, assassinaram 13 pessoas e depois cometeram suicídio. Uma das características da dupla, mencionada pela revista, era o fanatismo por games³ “ultraviolentos”. Neste mesmo ano, no mês de junho, a revista *Superinteressante*, em sua edição 141, publicou a seguinte matéria de capa: “A ameaça dos videogames violentos”. Nela, afirmava que os jogos eletrônicos violentos faziam mal às crianças e aos adolescentes e que, segundo estudos científicos já realizados, contribuem para a banalização da violência, estimulam a indiferença pelos outros e viciam.

Os games se tornaram parte da vida de muitos jovens. Nos últimos anos, a mídia tem trazido ao conhecimento público alguns casos de manifestações agressivas e violentas envolvendo jovens e relacionando-as com a prática de determinados jogos, oferecendo uma espécie de explicação para essas ações violentas. Foi assim, por exemplo, com o caso do estudante Mateus Meira que, em novembro de 1999, invadiu uma sala de cinema de São Paulo e disparou diversos tiros contra a plateia, matando três pessoas. Segundo relatos de jornais e revistas, o estudante era fã do game *Duke Nukem*⁴, que contém justamente uma cena em que o personagem entra em uma sala de cinema e atira contra “monstros” sentados nas cadeiras. O estudante teria então repetido a cena do jogo. Mesmo sendo um caso isolado, o destaque dado pela mídia ao episódio sugeriu a existência de uma relação direta entre o jogo e o fato ocorrido.

Nos Estados Unidos, casos como o citado ocorrem com alguma frequência, envolvendo jovens que têm no videogame uma forma de diversão – embora a relação que estejamos agora estabelecendo aqui diga respeito ao fato de *ser jovem e jogar videogame*, e não de *jogar videogame e praticar atos violentos*. A partir de então veio à tona uma

³No nosso entender, a tradução da palavra “game” para o português não atenderia à designação que queremos, porque amplia muito a abrangência do sentido do termo estrangeiro. Por isso, não utilizaremos a palavra “jogo”.

⁴ Jogo criado pelo norte-americano George Broussard, em 1991, e produzido pela empresa Apogee, do mesmo país.



espécie de “bombardeio” em cima dos *videogames*, em que o senso comum, endossado por parte da mídia, vem criando uma imagem negativa e responsabilizando os *games* pelos atos de violência praticados pelos jovens. Cabe lembrar, no entanto, que qualquer associação neste sentido não deveria deixar de considerar muitos outros aspectos, dentre os quais o fato de que os Estados Unidos são uma nação onde a venda de armas é liberada. E nada nos garante que a imprensa sensacionalista de lá, bem como a daqui ou de qualquer parte, tenha embasado as suas conclusões em uma investigação criteriosa, científica, das possíveis relações entre os jogos e os atos violentos praticados por jovens.

Há outros “senso comuns” a respeito dessa relação jovem-*videogame*. É comum ouvirmos dizer que este jogo é um brinquedo para “nerd”⁵, por exemplo. Já presenciei pastores evangélicos pregando que o *videogame* é “coisa do demônio”. Pelo lado da ciência, há especulações que apontam prejuízos à saúde em função de longas horas de jogo em frente a uma tela e outros ainda que afirmam que o *videogame* atrapalha os estudos e o desenvolvimento social do jovem. Numa busca na “internet”⁶, destacamos alguns dos supostos “males” que seriam causados pelos *videogames*:

- desestímulo do convívio social e do contato humano;
- dificuldades de aprendizagem, transtornos de leitura e de atenção;
- estímulo a comportamentos agressivos;
- vício;
- desagregação familiar;
- banalização da violência.

⁵ Adjetivo utilizado para caracterizar aquele indivíduo estudioso e com dificuldades de se relacionar com os grupos de que participa.

⁶ Utilizamos o site de busca do “Google” e partimos das seguintes entradas: “adolescentes e videogame”, “influência dos games nos jovens”.



Este artigo se propõe a analisar se os *games* exercem de fato uma influência significativa sobre os jovens e seus comportamentos sociais. Queremos investigar se existe uma relação entre *games* violentos e comportamentos agressivos. Estabeleceremos um foco maior sobre os jovens da classe média, devido ao fato de esses grupos obterem maior acesso a esse tipo de tecnologia em relação a classes baixas. Para tanto, buscamos informações através de levantamento bibliográfico impresso, artigos disponíveis em meio eletrônico, *sites* de notícias e fóruns de jogadores, para tentar compreender a relação entre o jovem e o *videogame*, e ainda as causas da reprodução e da “venda” da violência na sociedade capitalista e o papel dos *games* nesse cenário.

Assim, dividimos o trabalho em três seções. A primeira analisa o surgimento do “apelo” tecnológico e da internet a partir da Revolução Técnico-Científica ou Terceira Revolução Industrial, no segundo pós-Guerra. Explica ainda como foram os anos de 1970 nos Estados Unidos, com o surgimento do *videogame*, e tenta compreendê-lo como parte de um complexo, e não isoladamente. Na segunda seção, discutimos a relação entre os jovens e seus *videogames*. O que lhes agrada tanto nesses jogos? O que dizem os especialistas sobre os efeitos dessa prática? Por fim, na última parte, procuramos entender a causa e a reprodução da violência (principalmente através da sua mercantilização) na sociedade capitalista (o fetiche, a “espetacularização” da violência) e o papel dos *games* nesse cenário sobre os jovens.

HISTÓRIA DO VIDEOGAME E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Start

A Terceira Revolução Industrial ou Revolução Técnico-Científica, a partir da segunda metade do século XX, vem promovendo espetaculares avanços em setores como informática, robótica, telecomunicações e energia nuclear.



Este processo esteve (e ainda está) na base das transformações que o modo de produção capitalista vem sofrendo desde o segundo pós-Guerra. O toyotismo, por exemplo, é um exemplo. Criado no Japão, por Taiichi Ohno, este modelo de produção industrial, que veio ocupar o lugar do fordismo⁷, promoveu a economia de tempo e dinheiro, devido ao fato de empregar menos funcionários e mais máquinas, mão de obra qualificada e automatizada. Ao aplicar o conceito de *Just in time*, que está relacionado ao de *produção por demanda*, onde primeiramente vende-se o produto para depois comprar a matéria-prima e posteriormente fabricá-lo ou montá-lo, o toyotismo pretende evitar a saturação do mercado. Mantém pouco estoque e cria multinacionais em “condomínios industriais”, que são galpões dotados de completa infraestrutura, abrigando diversas empresas em um mesmo parque, para haver rapidamente uma reposição do produto na loja, economizando transporte, além do aproveitamento da mão de obra barata do local. Cria-se a terceirização, que são as pequenas e médias empresas subcontratadas responsáveis por atividades que antes pertenciam às grandes empresas, como alimentação, limpeza, segurança, concepção de produtos etc. – e com isso se diminuem as despesas.

A partir dos anos de 1950, a Guerra Fria concentrou o mundo em duas superpotências mundiais, os Estados Unidos e a União Soviética. A incrível capacidade de destruição mútua reforçou um impasse, mas também estimulou a tecnologia de computação a criar simulações de mísseis para prever os resultados de uma guerra nuclear. O “ambiente tecnológico” que daria origem às armas nucleares serviu de base para o desenvolvimento de outras tecnologias, como, por exemplo, os *videogames*.

Em 1958, o físico Willy Higinbotham⁸ criou o primeiro jogo para computador⁹, chamado *Tennis for Two*, com o objetivo de atrair visi-

⁷ Idealizado pelo empresário estadunidense Henry Ford (1863-1947), fundador da Ford Motor Company, o Fordismo é um modelo de Produção em massa e padronizado que revolucionou a indústria automobilística na primeira metade do século XX.

⁸ Físico americano nascido em 25 de outubro de 1910, obteve licenciatura no Williams College em 1932 e trabalhou no Laboratório Nacional de Los Alamos. Faleceu em 10 de novembro de 1994.

⁹ Resultado da 2ª Guerra Mundial, o computador Z3, construído pelos alemães em 1941, tinha como principal função a codificação de mensagens. Assim como os alemães, os ingleses também foram em busca de tecnologias para decifrar códigos secretos, construindo então o Colossus (Serviço de Inteligência Britânico), em 1943.



tantes ao Brookhaven National Laboratories, no estado de Nova Iorque (EUA). O jogo era mostrado num osciloscópio¹⁰ e processado por um computador analógico, e tratava-se de uma simulação de uma partida de tênis, onde cada jogador controlava uma barra vertical localizada nos extremos da tela, que tinha por objetivo rebater a bola.

Willy e outros cientistas norte-americanos contribuíram muito com suas pesquisas para os objetivos bélicos e imperialistas de seu país, principalmente nesse período de Guerra Fria, pois participou do Projeto Manhattan, em 1945 – dirigido pelo general norte-americano Leslie R. Groves –, que criou a “bomba atômica”. *Tennis for Two* jamais foi patenteado, pois Willy não acreditava na época que tinha inventado algo que teria vida longa e renderia muitos lucros. Mais tarde, o físico declarou em diversas entrevistas que teria sido possível comercializar o jogo em versão doméstica, adaptado à TV, se o tivesse vendido a alguma grande empresa. Willy morreu em 10 de novembro de 1995 sem ter ganhado um centavo sequer por este seu invento. Passou a história como um dos criadores da bomba atômica.

Fase 1

A produção e comercialização de jogos de computador ou *videogames* tiveram início, efetivamente, no ano de 1972, nos Estados Unidos, quando Nolan Bushnell, aos 28 anos, fundou a primeira companhia, de nome *Atari*. O primeiro engenheiro de computação da Atari foi Al Alcorn, que a mando de Nolan criou um “primeiro” jogo para a empresa, denominado *Pong*, que se resumia a duas raquetes batendo em uma bola. Para saber se o jogo agradaria ao público, Alcorn instalou o protótipo acoplado a uma lata de moedas (como um “flipperama”) em um bar próximo à sua oficina e, para sua surpresa, foi um sucesso, pois não cabiam mais moedas na lata. Em 1975,

¹⁰ Instrumento de medida, eletrônico, que cria um gráfico bidimensional visível de uma ou mais diferenças de potencial.



foi lançada a versão doméstica do jogo, comercializada em lojas de equipamentos esportivos, porque até então nenhuma loja de brinquedos aceitara revender o produto. Foi um sucesso de vendas e, então, a Atari passou a desenvolver mais jogos e crescer cada vez mais no mercado.

Meses depois do sucesso, Nolan foi processado por Ralph Baer, projetista de aparelhos de televisão, que alegava que Nolan teria plagiado o seu jogo em uma feira da indústria¹¹, em 1972, na cidade de Nova Iorque. O jogo de Baer chamava-se *Ping-Pong* e, ao criá-lo, em 1968, este teria escrito um memorando, onde detalhava a sua invenção, e que teria servido, então, de base para o plágio de Nolan.

A Magnavox, então, que produzia o *Ping-pong*, deu início a um processo contra a Atari. Passados quatro anos, Nolan finalmente concordou em pagar os direitos autorais, reconhecendo a patente de Ralph, estimada em 400 mil dólares. Ainda assim, a fama internacional e a “paternidade”, de fato, da invenção, ficaram com Nolan.

Dado o pontapé inicial e a partir do grande número de jogos criados e de suas evoluções, iniciou-se por todo o mundo a nova onda das máquinas de jogos, conhecidas como “fliperamas” – que em verdade já existiam, como o “Pinball”, desde os anos de 1940. A partir da década de 1970, depois da criação do *game Pong*, vieram outros *games*, tais como *Space Invaders*, *Pac Man*, *Donkey Kong* etc. Todos eles jogados em fliperamas e fabricados pela mesma indústria dos *games*. Como ainda não existia uma tecnologia que permitisse a “domesticação” dos *games*, os jovens precisavam se deslocar até os estabelecimentos que possuíam as máquinas de *flipper* e passavam horas seguidas por lá.

Em 1976, a Atari criou uma versão “caseira” dos fliperamas: o *videogame console, Atari 2600*. Assim, houve um aumento do mercado consumidor, porque, se a ida aos fliperamas exigia dos jovens autonomia para sair de casa, ao criar *games* acessíveis em casa, crianças de menor idade poderiam jogar. Com o imenso sucesso da iniciativa, rapidamente a empresa vendeu milhões de consoles e cartuchos de jogos.

¹¹ Além do *Ping-Pong*, nesta mesma feira Baer apresentou um aparelho (boxe) que continha 12 jogos diferentes, batizado de *Odyssey*.



O assédio das grandes corporações não tardou e no mesmo ano a Atari foi vendida à Warner Comitacion, por 28 milhões de dólares. Quando criou a empresa, Nolan Bushnell investiu apenas 500 dólares.

Acumulando “bonus”

Descontentes com os rumos da empresa, sob a nova direção, e querendo participação nos lucros, em 1979 David Crane e outros programadores deixaram a Atari para criar a Activision, que se tornou a primeira empresa desenvolvedora e distribuidora independente de *games* para consoles, isto é, “cartuchos” para o Atari 2600. Isso provocou mais uma briga judicial, agora pelo direito de produzir cartuchos para o console. A Activision ganhou na justiça o direito de produzir os jogos e devido, principalmente, à forte concorrência promovida pela nova empresa a Atari fechou as portas em 1983.

A Warner, em 1984, vendeu a Atari para o polonês Jack Tramiel¹², que queria se dedicar à produção de computadores pessoais, e isso provocou uma brutal queda na fabricação de *videogames* nos Estados Unidos. Pouco antes, em 1982, surgiram no mercado de *games* os gêmeos britânicos Andrew e Philip Oliver, que começaram a desenvolver profissionalmente *games* de computador a partir dos 13 anos de idade. Depois do sucesso de seus jogos, logo foram convidados pelos também irmãos Richard e David Darling para fazerem parte da Codemasters (indústria de desenvolvimento de *games*, fundada em 1985 no Reino Unido)¹³.

¹² Tramiel fundou, em 1954, nos EUA, uma empresa de equipamentos de informática chamada Commodore.

¹³ Os irmãos Darling vinham desenvolvendo jogos desde seus 11 e 12 anos de idade, e, insatisfeitos com os baixos valores oferecidos por parte das companhias de jogos, fundaram sua própria companhia, cuja “sede” era um de seus quartos, e chegaram a vender um milhão de cópias de jogos.

No Japão, um dos principais responsáveis pelo pontapé inicial na indústria dos games foi o desenvolvedor Shigeru Miyamoto¹⁴. Em 1980, Miyamoto levou sua visão e imaginação para a companhia Nintendo¹⁵. A Nintendo enriqueceu rapidamente e abriu filiais em vários países, inclusive nos Estados Unidos. Em 1985, a empresa lançou o seu primeiro console, o Nintendo Entertainment System (NES), conhecido popularmente como Nintendo 8-bit. No ano de 1989, a Nintendo se tornou mais poderosa, com a invenção de um console portátil chamado Game Boy, e junto produziu um dos games mais conhecidos da história, o *Tetris*.

Assim, o Japão criou um império inalcançável e foram surgindo outras empresas japonesas de games e seus consoles, como a SEGA, com seus Mega Drive e Dreamcast; e a SONY, com o Play Station. Mais recentemente, depois de décadas de hegemonia japonesa, a norte-americana Microsoft surgiu, em 2001, com o seu Xbox.

OS JOVENS E O VIDEOGAME

Jogo “é uma atividade ou ocupação voluntária, exercida dentro de certos e determinados limites de tempo e espaço, segundo regras livremente consentidas, mas absolutamente obrigatórias, dotado de um fim em si mesmo, acompanhado de um sentimento de tensão e alegria e de uma consciência de ser diferente da vida cotidiana”. (HUIZINGA, 1993, p. 33).

¹⁴ Nascido em Kyoto, em 16 de novembro de 1952, e criador de sucessos no mundo dos games, como: Donkey Kong (1981), Super Mario Bros (1985), The Legend of Zelda (1987), F-Zero (1990), Star Fox (1993) e muitos outros.

¹⁵ Empresa fundada em Kyoto, em 1889, por Fusajiro Yamauchi, e que produzia um baralho japonês chamado Hanafuda. Já centenária e perdendo popularidade, mudou radicalmente de ramo e passou a produzir games. Transformou-se numa das principais empresas do ramo.



Videogame e lazer

O videogame, hoje, talvez seja praticado com a mesma frequência que as antigas brincadeiras de rua, provavelmente porque proporciona ao jogador a sensação de autonomia, onde se faz o que bem entende, no mundo virtual, na pele de um jogador da liga de futebol americano, de um ninja capaz de voar ou de um piloto de espaçonave. E já que a maior parte de nós tenta se comportar de maneira ética e moral, seguindo e cumprindo as leis e as regras de convivência social, o videogame conseguiu atrair crianças e adultos por lhes proporcionar liberdade irrestrita, sem maiores consequências, pois no mundo virtual você é “dono do seu nariz”, você é quem dita as leis e, no momento em que estiver insatisfeito, pode simplesmente apertar o botão e desligar-se.

Segundo a Entertainment Software Association (indústria americana de *software*, fundada por Doug Lowenstein, em abril de 1994), o ato de jogar videogame tornou-se uma das poucas atividades em que há uma quebra da barreira criança/adulto; e utilizando essa ideia a empresa incentiva a compra de videogame pelos chefes de família, alegando ser uma fonte de entretenimento familiar, que reforça a ligação entre pais e filhos. Tentando comprovar essa ideia, a empresa realizou uma pesquisa nos EUA, em 2007, e descobriu que 35% dos pais jogam videogames e, destes, 80% jogam com seus filhos.

Na visão de alguns pais, os videogames seriam um sonho realizado, pois trata-se de uma fonte de entretenimento para seus filhos, com o benefício de prendê-los em casa e deixá-los longe do suposto perigo de brincar na rua – além de funcionar como uma espécie de “babá eletrônica”. Perfeito! Pode-se concluir então que o videogame é a maravilha do século? Mas o que tem de tão interessante nesse brinquedo? O que ele tem de tão divertido, ainda mais pelo fato de fazer com que os seus jogadores fiquem horas sentados em frente à TV? Será que é mais divertido jogar o videogame do que brincar na rua?



Há muitas dúvidas sobre o *videogame* e temos de avaliar com o que estamos lidando, principalmente pelo fato de estarmos colocando-o em casa, sob o alcance das crianças. Terá no *videogame* algo para nos preocupar? Trata-se do melhor amigo de nossos filhos? Ou nem uma coisa nem outra? Esses são exemplos de questionamentos que podemos fazer e que também passam na mente de alguns pais.

E o que diz o jovem?

O ato de jogar *videogame* é quando o sujeito utiliza o seu tempo livre e foca-se inteiramente naquilo, excluindo tudo o que não faça parte da atividade exercida. O que de certa forma é característica das práticas de lazer de um modo geral, pois o entretenimento é muito importante na vida de qualquer pessoa. Vejamos o depoimento de Tatiane, 21 anos, citada em estudo de Daniele Martins (2007):

[...] Então o *videogame* tem aquela coisa da fantasia, [...] você pode fugir dele, você pode pular essa fase, você pode deixar para jogar amanhã. Na vida, infelizmente, não tem isso. E no *videogame* você pode simplesmente apagar e começar tudo de novo, na vida não rola. [...] no *videogame* você tem milhões de vidas, ainda pode tirar um card e começar tudo de novo, do zero, com 99 vidas. Ainda tem gente que tem jeito de golpear ali e ter mais 99 vidas. Na vida real infelizmente não dá para fazer isso. Esse é o fascínio do *videogame*. (MARTINS, 2007, p. 4).

Existem eventos denominados “Animencontros”, que reúnem fãs de animes (desenhos animados produzidos no Japão), mangás (história em quadrinhos produzida no Japão) e *games*, sejam crianças, jovens ou adultos, porém os jovens dominam esse universo. Esse tipo de evento é propício à interação, pois reúnem grupos de indivíduos em que se compartilham gostos e ideias. Iremos tomar como exemplo o depoimento de Rodnei, 17 anos, jogador de *videogame* e que frequenta esses eventos:



As pessoas que geralmente eu não convivo e que não gostam de jogar *videogame* são pessoas que gostam de mangá e de rock... ou seja, se eu estou conversando sobre *videogame* e a pessoa não gosta, converso sobre uma outra coisa que a gente gosta em comum. (Ibidem, p. 3).

Em 2005, nos Estados Unidos, foi criado pelo maestro Jack Wall e pelo compositor Tommy Tallarico o Video Games Live. É um show onde uma orquestra sinfônica e um coral se apresentam acompanhados de um telão, onde são exibidos trechos de *games*, além de jogo de luzes e *lasers*, e todos em perfeito sincronismo, executando músicas dos mais populares *games*. A ideia dos organizadores é reunir nesse evento fãs dos *games*, música pop e clássica.

E o que diz a Ciência (bom ou ruim – conflito de opiniões)?

Cientistas alemães, do Instituto de Medicina Psicológica da Universidade Charité, em Berlim, apresentaram, em julho de 2006, na cidade de Viena, durante o V Foro Europeu de Pesquisadores de Neurociência, os resultados de um estudo que tenta mostrar que os *videogames* viciam e atuam no cérebro da mesma maneira que outras substâncias que criam dependência, como a maconha e o álcool (O GLOBO, 2006). Segundo os pesquisadores, “as reações cerebrais das pessoas que jogam *videogames* em excesso são similares às dos alcoólatras e dos viciados em maconha”. A pesquisa defende que, se os jogadores de *videogames* submeterem o cérebro continuamente a certos estímulos de recompensa que causam a liberação de quantidades crescentes de dopamina – um neurotransmissor que causa sensação de bem-estar –, é criada uma “memória do vício” que tem efeito na atividade cerebral. Em testes realizados com mais de sete mil pessoas, os pesquisadores descobriram que mais de 10% tinham essa “memória do vício” gravada no cérebro. Os cientistas alemães asseguram, no entanto, que, ao contrário do álcool e da maconha, os *videogames* não criam dependência física¹⁶.

¹⁶ Estado de adaptação do corpo, manifestado por distúrbios físicos quando o uso de uma droga é interrompido. Na dependência física, a droga é necessária para que o corpo funcione normalmente. (Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – site: <http://www.imesc.sp.gov.br/in-fodrogas/DepeFisi.htm>).

Existem clínicas para tratar do vício dos games, como, por exemplo, a de Smith and Jones, em Amsterdam, na Holanda, que atende cerca de 12 pacientes por mês. Em entrevista à BBC News, Keith Bakker, diretor da clínica, explicou que chegam jovens de 15 anos com o comportamento semelhante a de homens de 50, viciados em jogatina. A clínica adota como tratamento sessões de terapia, medicamentos, acupuntura e práticas de esportes, para facilitar a volta dos pacientes para uma vida “normal”(G1, 2008).

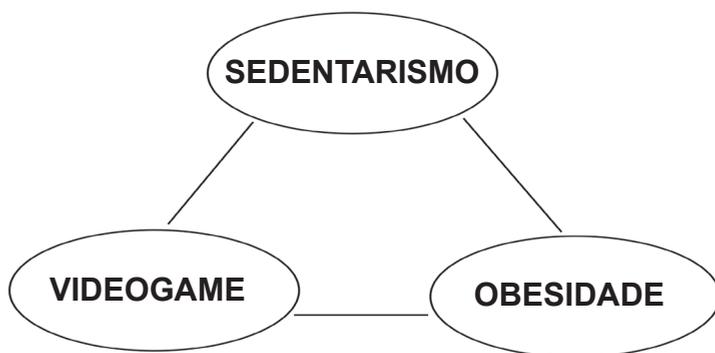
Esse possível vício também atingiu uma parte da população mexicana e, segundo o comunicado número 27 do Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS), de 21 de janeiro de 2008, existem 15 milhões de usuários de *videogame* no país, dentre os quais cerca de um milhão têm problemas de saúde nas articulações das mãos. Segundo o diretor da Unidade de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Comando Norte, Dr. Inácio Devesa Gutierrez, por ano, a procura de cuidados é superior a 3.432 pacientes, que corresponde a 3,8% do total de consultas realizadas na unidade médica. Tais lesões, conhecidas como tendinite, são causadas devido a esforços repetitivos.

O *game*, junto com a preocupação do vício, pode trazer também a preocupação com a obesidade, ao dificultar a prática de atividades físicas, pois ao apertar um simples “botão” se inicia a “diversão”, e a partir deste momento passa-se grande parte do tempo sentado, e ao se tornar uma atividade regular de horas de duração pode contribuir para o sedentarismo, que por sua vez pode levar à obesidade, se aliado a uma dieta “industrial” calcada em gorduras hidrogenadas, como biscoitos, doces etc. Ao jogar o *videogame* durante horas, diariamente, não se está favorecendo a prática de exercícios físicos, e com uma dieta rica em açúcares e gordura, cada vez mais padronizada mundo afora, pode haver prejuízos à saúde física e mental do jovem, como a hipertensão, o colesterol alto, problemas cardíacos¹⁷, entre outros.

¹⁷ Segundo o Doutor Jimenez Hilario Orozco, médico-cardiologista, a inatividade física na infância tende a gerar problemas cardiovasculares, podendo causar ataques cardíacos precoces.



É importante levar-se em consideração que isto não se trata de uma regra, mas de uma conjunção possível de fatores. E com a evolução da obesidade pode ocorrer uma marginalização por grupos de outras pessoas consideradas “normais” em relação ao peso do indivíduo, por não haver uma aceitação por parte desses grupos, por considerá-lo fora do padrão. Esta situação pode levar a pessoa obesa a ter uma baixa autoestima e, como consequência, o isolamento social e, portanto, mais *videogame*, com o que se fecha o ciclo vicioso.



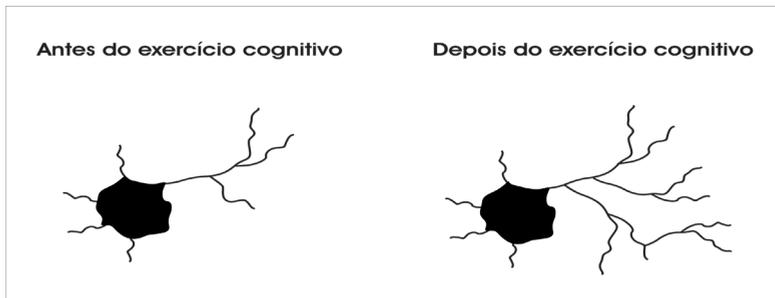
Em dezembro de 2007, no Japão, a empresa Nintendo lançou o *game* *Wii fit*, visando à prática familiar de exercícios físicos. (Será a solução para o fato descrito acima?) O jogo é um investimento pesado em um produto que, ao contrário da longa tradição de *games*, se distancia do sedentarismo e da preguiça, segundo seus produtores. Basta que o jogador suba na *Balance Board*, a balança sem fio, e escolha uma entre as quatro categorias oferecidas (*yoga, força muscular, aeróbica e equilíbrio*) para que um *personal trainer* ou mesmo um adversário surja na tela. Ambos estimulam tal dedicação aos exercícios, tanto um lhe ensinando quanto outro competindo, como por exemplo irmãos, primos etc. Assim, cada movimento executado no mundo real é reproduzido fielmente no virtual, levando o usuário a intensos alongamentos, partidas disputadas de tênis ou relaxantes aulas de *yoga*.

Segundo a professora auxiliar de Metodologia da Pesquisa do Departamento de Ginástica da Escola de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Ana Cristina Barreto, o game *Wii fit* acarreta a melhoria no condicionamento cardiorrespiratório e a lubrificação das articulações que, por sua vez, previnem doenças como artrose e artrite, bons resultados sobre o lado emocional ou psicológico do indivíduo, com a diminuição do *stress* (OLHAR VITAL, 2008).

O *videogame*, de um modo geral, tem a capacidade de desenvolver áreas do cérebro e, segundo o médico Marco Oliveira Py, do Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC) e vice-presidente da Associação de Neurologia do Estado do Rio de Janeiro (ANERJ), quando se realiza atividade motora, uma área do córtex cerebral chamada *motora primária* é ativada. Desse local, partem os impulsos nervosos, que seguem seu trajeto comum pelos axônios até os músculos e efetuam o movimento. Próxima a essa área motora primária existe a área motora suplementar, que funciona com o planejamento do movimento. Qualquer movimento voluntário, por mais rápido que seja, precisa desse planejamento, desde o simples apertar de um botão até os complexos movimentos da ginástica artística, em que atletas executam atividades motoras extremamente complexas, como as piruetas.

Quando se faz uso de um simulador tradicional de movimento, são efetuados alguns movimentos básicos de mão, através do uso do volante ou do manche do jogo, mas na imaginação o movimento é muito mais complexo do que acontece no real, o que pode ser demonstrado através de alguns exames, como a ressonância magnética funcional – exame de ressonância magnética que possui um *software* especial capaz de captar a ativação de áreas do córtex cerebral. Assim, consegue-se detectar a ativação da área motora suplementar a partir da imaginação (ibidem).





Muitos jogos estão sendo utilizados para tratamento de fumantes e obesos, como, por exemplo, os games *Easyway to Stop Smoking* e *Fatworld*. O primeiro foi criado pelo inglês Allen Carr e produzido pela empresa francesa Ubisoft, onde se utiliza um método interativo que conduz o jogador para deixar o vício do cigarro, mostrando seus males. O jogador cria seu perfil, inserindo informações como o número de cigarros que fuma por dia etc. O game calcula seu gasto com cigarros em um ano e pede para que escolha um item de luxo que você poderia ter comprado se não tivesse fumando. E o personagem ao longo do jogo vai apresentando problemas de saúde (TERRA GAMES, 2008). O segundo foi criado pelo americano Jen Kaczor e produzido pela desenvolvedora de jogos americana Persuasive Games. O jogo mostra um personagem que, ao se alimentar de forma incorreta, engorda, passando a movimentar-se custosamente e, eventualmente, observa doenças e até a morte se aproximando (FOLHA DE SÃO PAULO, 2008).

Existe uma organização americana sem fins lucrativos, chamada HopeLab, que realiza pesquisas e desenvolve produtos baseados na tecnologia para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos jovens com doenças crônicas e criou o game "Re-Mission", em que os jogadores controlam um pequeno robô chamado Roxxi, que se movimenta em um ambiente tridimensional representando o interior do corpo de um jovem paciente com câncer. Roxxi detona células cancerosas e controla os efeitos colaterais, e para vencer o jogo é necessário que os remédios de quimioterapia e antibióticos sejam "tomados" corretamente. Em um hospital da Holanda, o University Medical Center Utrecht, utilizou-se o



game para estudar se o seu uso ajudaria no tratamento. Aleatoriamente, os pesquisadores escolheram 375 pacientes, entre homens e mulheres entre 13 e 29 anos, em tratamento em hospitais nos Estados Unidos, Canadá e Austrália. O acompanhamento eletrônico demonstrou que no grupo dos jogadores houve melhora de 16% no uso dos antibióticos, com os pacientes usando 62,3% do total de remédios prescritos, ante 52,5% no grupo controle. A adesão à quimioterapia padrão também foi maior no grupo dos jogadores. O *game* pode não obter uma relação direta com a evolução de pacientes, mas funciona como um estímulo qualquer que foge da monotonia habitual de um hospital (UOL NOTÍCIAS, 2008).

GAMES E VIOLÊNCIA

Fight

A violência urbana é parte do nosso cotidiano. Violência tratada pela classe média como a violência do “pobre” e que pode ser explicada pela desigualdade social imposta pelo sistema capitalista¹⁸. A mídia, por sua vez, transforma essa violência em espetáculo e ganha muito dinheiro com isso. O cinema também tem seu papel em relação à violência, ao estimular a solução dos problemas na base da “pancadaria ou do tiro”. Personagens foram criados e idolatrados, devido às emocionantes cenas em que o “herói” salva a “mocinha” e a “cidade”, depois de ter vencido o “bandido” na briga ou no intenso tiroteio. Criam-se filmes que expõem as *violências ideológicas*, que não respeitam cor ou religião, onde apenas uma nação é a certa – em geral os Estados Unidos, que não por coincidência detêm também a indústria cinematográfica mais poderosa do mundo.

²⁵ Não custa lembrar que a violência no Brasil não é somente praticada pela classe baixa. Este estudo se baseia, inclusive, em casos que aconteceram envolvendo jovens de classe média, em maior medida jogadores de videogame.



Existem pesquisas que defendem a ideia de que a violência urbana estimula que crianças substituam as ruas pelo “conforto” e “segurança” de suas residências, como ambiente de diversão, havendo, assim, um decréscimo no número de crianças brincando nas ruas. Os videogames entram justamente nessa brecha, unindo o fetiche tecnológico com o medo crescente do espaço urbano. Uma pesquisa feita pelo curso de Relações Públicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), em 2008, confirma esta tese. Foram ouvidos mais de 2.000 jovens, todos alunos de escolas públicas e particulares da cidade de Goiânia. Observem as tabelas:

Qual é o seu sexo?

A) Masculino	1054	51,7%
b) Feminino	985	48,3%
Total	2039	100,0%

Qual a sua idade?

Média = 10,96 Desvio-padrão = 0,99

Repartição de 4 categorias da mesma amplitude

Menos de 10	243	11,9%
10	690	33,8%
11	660	32,4%
12 e mais	446	21,9%
Total	2039	100,0%

Fora da escola o que você mais gosta de fazer?

Soma dos percentuais diferentes de 100 em função de respostas múltiplas:

Não resposta	40	2,0%
A) Passear	741	36,3%
B) Ver TV	1046	51,3%
C) Video Game	717	35,2%
D) Computador	1270	62,3%
E) Estudar	602	29,5%
F) Brincar com os amigos	1114	54,26%
Total	2039	

Qual desses itens você mais gosta e tem em casa? Marque até 3.

Soma dos percentuais diferentes de 100 em função das respostas múltiplas:

Não resposta	20	1,0%
A) Computador	1385	67,9%
B) TV	1502	73,7%
C) som MP3	745	36,5%
D) Video Game	872	42,3%
E) Celular	808	39,6%
Total	2039	

o que gostaria de ganhar no dia das crianças? até 3.

percentuais diferentes de 100 de respostas múltiplas:

dois	22	1,1%
do	770	37,8%
de	720	35,3%
de	559	27,4%
da	200	9,8%
	1285	63,0%
MP3.	1433	70,3%

O que você acha que falta onde você mora? Marque até 3.

Soma dos percentuais diferentes de 100 em função de respostas múltiplas:

Não resposta	105	5,1%
A) Asfalto	156	7,7%
B) Segurança	800	39,2%
C) Iluminação	263	12,9%
D) Lazer	664	32,6%
E) Escola	219	10,7%
F) Transporte	203	10,0%
G) Não sei	779	38,2%
Total	2039	

Os dados mostram o forte apelo tecnológico que é exercido sobre parte dos jovens, que ultrapassa até a vontade de brincar com outras crianças na rua. Junto disso, a opção por “segurança”, pela maioria, como resposta para a pergunta “O que você acha que falta onde você mora?”, pode indicar que a violência urbana contribui muito para o grande número de crianças, sobretudo da classe média, voltadas para o consumismo tecnológico caseiro.

Outra pesquisa feita pelo Laboratório de Psicologia Ambiental da Universidade de Brasília (UnB) demonstrou que a segurança é um fator atrativo para que as pessoas desta mesma classe se mudem para condomínios fechados. Esse estudo tinha como objetivo investigar os tipos de lazer preferidos pelas crianças que moram em condomínios fechados: se brincam mais fora de casa e se esse lazer é diferente das crianças que não moram em condomínios fechados. Participaram do estudo 39 crianças que cursavam a 2ª série (24 meninas e 15 meninos), alunos de duas escolas diferentes: uma se localizava em uma área onde predominavam condomínios fechados e a outra em área onde não existiam condomínios fechados. Havia a possibilidade de marcação de mais de uma opção. Dentre as atividades que as crianças responderam que realizavam em casa podemos destacar *assistir TV ou vídeo* (84%), *jogar videogame* (69,2%) e *ler livros* (69,2%).

Ainda segundo esta pesquisa, um dos motivos mais citados para que as crianças brincassem mais no interior das suas residências era o fato de os pais não permitirem a brincadeira na rua. Um dos principais motivos para que as crianças de condomínio fechado brinquem mais nas partes comuns, internas, fora de casa, mas dentro do condomínio, é a “segurança” que este proporciona. Assim, podemos concluir que a segurança é um fator de peso nessa relação. Os dados da tabela a seguir são bastante úteis para compreendermos os fatores que podem ter contribuído para que o *videogame* tenha se tornado uma das principais opções de divertimento dos jovens.



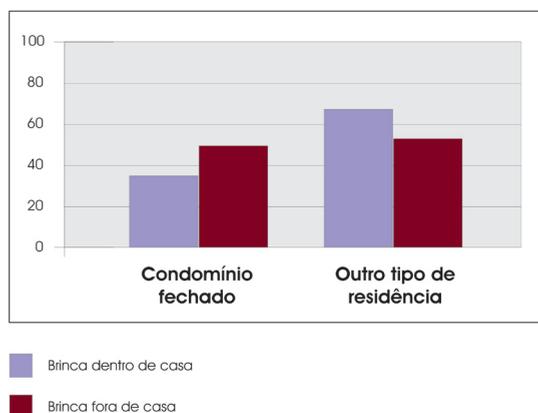


Figura 1: Relação entre tipo de residência (condomínio fechado ou outro tipo) e brinca dentro ou fora de casa.

O capitalismo investe na violência midiática e retira lucros desse investimento. Por exemplo, os noticiários que trazem informações sobre casos de violência urbana prendem a atenção do espectador e, nessa brecha, os meios de comunicação aproveitam para fazer propagandas de produtos, principalmente relacionados à segurança, como seguros, alarmes e “condomínios fechados”. Há o investimento em histórias de super-heróis, onde existe um consumo em massa de imagens violentas, e ao se tornar ídolo da sociedade gera lucros às empresas, pois passa a haver um grande consumo de produtos relacionados ao herói. O fato de a televisão ser o principal veículo cultural e de informação da população preocupa entidades como a ONU e a UNESCO, devido à quantidade de violência transmitida em seus programas (BRASIL, UNESCO, 1999).

A Universidade da Califórnia iniciou uma pesquisa no ano de 1998 sobre a violência na televisão norte-americana e como o público responde a isso¹⁹. Com base em uma análise extensa de todos os estudos, identificaram características que analisaremos a seguir.

¹⁹ Estima-se que 98% dos 95 milhões de casas nos EUA têm aparelhos de TV e aproximadamente três quartos desse número possuem mais de um aparelho; 2/3 têm TV a cabo e 4/5, aparelhos de videocassete (ou DVD). A televisão fica ligada mais de sete horas por dia em uma casa norte-americana comum (Broadcasting and Cable Yearbook, 1996).



Tabela 1:
Impacto prognosticado de fatores de contexto sobre três
consequências da exposição à violência da mídia

Consequências da violência na mídia			
Fatores de contexto	Aprendizagem de agressão	Medo	Dessensibilização
Perpetrador Atraente	△		
Objetivo atraente		△	
Violência justificada	△		
Violência não justificada	▼	△	
Presença de armas	△		
Violência extensiva/explicita	△	△	△
Violência real	△	△	
Recompensas	△	△	
Punições	▼	▼	
Insinuação de dor/dano	▼		
Humor	△		△

△ - Provavelmente aumenta a consequência

▼ - Provavelmente diminui a consequência

Nota: Os efeitos prognosticados baseiam-se na análise da pesquisa das ciências sociais sobre as características de contexto da violência. Os espaços em branco indicam que não há pesquisa adequada para fazer um prognóstico

A televisão e, mais recentemente, também a internet têm sido consideradas por especialistas como importantes fatores na formação social do indivíduo, na formação da sua opinião, do seu olhar sobre o mundo. No entanto, o *videogame* também tem sido incluído nesse debate. Tal brinquedo vem sendo citado por estudiosos e pelo senso comum presente nos veículos de comunicação de maneira negativa, o que pode gerar preocupações por parte de pais e autoridades, que, por causa desse bombardeio de informações, podem deixar de vê-lo somente como um inofensivo brinquedo.

O engenheiro e professor de ciência da computação da USP, Valdemar Setzer, é um exemplo disso. Ele tem uma visão crítica do uso dos meios eletrônicos na educação de crianças e jovens e diz que a TV, o computador, o *videogame* e a Internet prejudicam a imaginação. Segundo ele, a TV não é um veículo adequado de comunicação, pois retira a liberdade do indivíduo ao condicioná-lo, em vez de informar e



educar. Já os computadores são máquinas que simulam pensamentos restritos, e essa relação não é benéfica para uma criança. Valdemar é contra os educadores que defendem que a educação precisa ser renovada e informatizada, e defende o aprendizado por meio da observação e experimentação. Para ele, a educação tem de ser humanizada e não informatizada.

Impactos da violência

Os índices de violência envolvendo jovens vêm crescendo tanto quanto a violência praticada entre outras faixas etárias em boa parte do mundo. Nos Estados Unidos, de acordo com um relatório publicado pela Associação Psicológica Norte-Americana (1993), o uso de armas de fogo é responsável por mais de 75% dos assassinatos entre adolescentes. O número de crimes violentos relacionados com armas de fogo aumentou na década de 1990. A pesquisa indica um aumento de 75,6% nas agressões graves relacionadas com armas de fogo, de 1985 a 1994 (cf. Federal Bureau of Investigation, 1996). Os norte-americanos têm a taxa mais alta de assassinatos que qualquer outra nação do mundo. Entre os jovens entre 15 e 24 anos, o homicídio é a segunda causa de morte. Os jovens dessa faixa etária são responsáveis ainda por 24% de todos os crimes violentos que levam à prisão. Cabe aqui lembrar que boa parte desses problemas sociais tem relação direta com o sistema capitalista (como causa das desigualdades e exploração comercial da violência) e, em se tratando dos Estados Unidos, não pode ser esquecido o fato de que neste país o porte de armas é permitido ao cidadão comum, o que torna o acesso aos jovens algo muito mais facilitado, já que é comum que nas residências haja armas de fogo. O que nos interessa aqui é mostrar como o *videogame* pode contribuir, mesmo que não estruturalmente, para esse estado de coisas, promovendo a banalização da violência.

Como aponta a professora Sissela Bok, da Universidade Harvard (EUA), em entrevista para a revista *Superinteressante* (1999), as ima-

gens eletrônicas causam um impacto na formação de uma criança, e a maioria dos estudos mostra que as crianças são influenciadas pela exposição à violência na tela, e um dos efeitos é a dessensibilização e indiferença ao sofrimento alheio.

Para o tenente-coronel reformado e ex-professor de Psicologia da Academia Militar de West Point e da Universidade de Arkansas, David Grossman, “nossos filhos estão aprendendo a matar e a gostar disso, pois *videogames* como o *Doom*²⁰ incitam à brutalidade”. Segundo ele, os instrutores americanos utilizam há 20 anos simuladores parecidos com esses *games* eletrônicos para treinar militares e policiais.

Os desenvolvedores de *games* estão cada vez mais aproximando o mundo da ficção do mundo real, melhorando a tecnologia e o *design* dos personagens. Vale citar o exemplo da série de um jogo que se tornou fenômeno mundial, chamado *GTA (Grand Theft Auto)*, que em inglês significa “Grande Ladrão de Carros”. O *game* foi produzido em 1998 pela empresa americana de *softwares* Rockstar Games (fundada em 1998 pelo americano Sam Houser), cujo personagem deve realizar missões por uma cidade, podendo utilizar armas, roubar veículos e até espancar pessoas, principalmente prostitutas.

Segundo o *Guinness World Records Games 2008*, o *GTA* é o jogo mais vendido de toda a história, com mais de 15 milhões de cópias comercializadas pelo mundo. A versão IV do *GTA*, quando chegou às lojas norte-americanas, provocou filas desde a meia-noite do dia anterior ao lançamento em frente às lojas nas quais o *game* começaria a ser vendido no dia seguinte. Cerca de 2,5 milhões de cópias foram vendidas nas primeiras 24 horas de lançamento. O *game*, no Brasil, custou em torno de R\$ 250 e R\$ 300, o que, sabemos, restringe o acesso às cópias originais a parcelas significativas da população brasileira. Tal argumento reforça a ideia exposta por alguns especialistas de que *games* de conteúdo violento podem contribuir para a ocorrência de comportamentos agressivos, o que talvez seja

²⁰ Jogo de computador lançado em 1993 pela Id Software, pioneira do gênero câmera em primeira pessoa, onde na tela o jogador tem a visão do personagem, dando mais realismo ao jogo.



um elemento importante para entender os atos de violência realizados por jovens de classe média²¹.

De acordo com o site do *Yahoo Notícias*, em agosto de 2008 um distribuidor tailandês de *videogames* suspendeu as vendas do GTA depois que um estudante de 18 anos confessou ter praticado assalto e homicídio, a facadas, contra um motorista de táxi de 54 anos, numa tentativa de recriar uma cena do jogo. A polícia local informou que o jovem, jogador obsessivo do *game*, não mostrava sinais de problemas mentais “durante o interrogatório” e que havia confessado ter cometido o crime por causa do jogo. O jovem disse à polícia que desejava descobrir se roubar um táxi na vida real era tão fácil quanto no jogo, disse Veeravit Pipattanasak, investigador chefe da polícia de Bancoc.

Entrando na questão do comportamento do jovem, ao jogar sempre e fazer o que bem entende, há o risco de passar a achar aquilo normal. Um hábito corresponde geralmente àquilo que o sujeito aprendeu durante o seu desenvolvimento, passando a repeti-lo e levando ao costume, como o “jogar” *games* onde se espancam prostitutas. Não há uma relação direta, acreditamos, entre o que se joga e o que se faz, mas o que se joga pode contribuir para o reforço do desprezo por valores humanitários ou para o desrespeito a grupos de populações específicos, reforçando também crenças e comportamentos violentos, inclusive²².

Há casos de crimes violentos aparentemente inspirados por determinados filmes e *games*, mas nenhum consenso foi estabelecido quanto ao alcance e rigor da influência da mídia violenta sobre a agressão ou

²¹ No Brasil, um exemplo de banalização da violência e ato de brutalidade foi o caso do índio Galdino Jesus dos Santos, que foi queimado vivo enquanto dormia em um ponto de ônibus em Brasília, no dia 20 de abril de 1997. Os assassinos foram os jovens de classe média Max Rogério Alves, Tomás Oliveira de Almeida, Eron Chaves de Oliveira, Antônio Novely Villanova e Gutemberg de Almeida (menor de idade), que em depoimento à Justiça alegaram que confundiram o índio com um mendigo e que foi “apenas uma brincadeira”. Creio que tal ato foi motivado pelo preconceito que existe em suas mentes, devido a sua criação familiar.

²² Em junho de 2007, a empregada doméstica Sirley Dias de Carvalho Pinto, de 32 anos, teve a bolsa roubada e foi espancada por cinco jovens moradores de condomínios de classe média da Barra da Tijuca. O estudante de administração Felipe de Macedo Nery Neto, de 20 anos, o técnico de informática Leonardo Andrade, de 19, e o estudante de gastronomia Júlio Junqueira, de 21, confessaram o crime e deram como justificativa para o que fizeram “ter confundido a vítima com uma prostituta”.

comportamento violento do espectador infantil. A maioria de nós aceita a noção de que o comportamento violento é um problema complexo e com muitas causas, ligado a muitas influências. Tudo interage para afetar o comportamento antissocial e violento, em qualquer classe social e de qualquer faixa etária, inclusive, como supomos, o *videogame* sobre os jovens.

No Brasil, está em vigor a Lei nº 7.347/95, que proíbe a distribuição e comercialização dos “*games de tiro*”, como *Conter-Strike* e *Everquest*. O argumento sustenta, em síntese, que os jogos virtuais atentam contra os princípios diretivos da educação de crianças e adolescentes, vindo mesmo a causar-lhes danos à saúde física e mental, sendo fatores de estímulo à violência e deturpadores da formação psicológica e da personalidade de crianças e adolescentes. Segundo o Ministério Público Federal, que participou da discussão para a implementação da lei, os jogos “incitam à violência, propugnam pela ideia de que o mais fraco deve sucumbir ao mais forte, disseminam o prazer pela dor, pelo ódio e pela morte”.

Com base nessas discussões, a partir de 2001, o governo decidiu fazer uma classificação etária para todos os jogos eletrônicos distribuídos oficialmente no Brasil, que podem ser: livre, 12, 14, 16 ou 18 anos, de acordo com o grau de violência, sexo e drogas do conteúdo, facilitando assim a participação dos pais, intermediando o tempo que o jovem vai passar no *videogame* e observando o *game* jogado.

CONCLUSÃO

Reset ou game over?

O *videogame* tornou-se uma forma de ocupação por boa parte dos jovens, o que poderia gerar dúvidas em alguns pais quanto à sua relação com seus filhos. Um grande problema, fazendo com que os jovens não se sintam livres o bastante para buscar o prazer



e sua satisfação. O *videogame* nada mais é do que um instrumento de lazer, e talvez o que preocupe os pais é como seus filhos estão utilizando seu tempo livre, já que o *videogame* não é visto como uma ferramenta de desenvolvimento, sendo incapaz de formar nos jovens uma mente questionadora e às vezes bem direcionada, como os livros são. O homem, antes de chegar à fase adulta, passa por períodos de formação social, quando passam por situações reais e conflitos que são importantes para a formação de um indivíduo, e o adolescente que se priva desses momentos pode vir a sofrer danos mais tarde em sua jornada de vida.

O *videogame* é tratado como uma espécie de “válvula de escape” tanto por parte das crianças quanto da mídia e das autoridades, pois para o primeiro é uma maneira de distração e, para o segundo, uma forma de apontá-lo como uma das causas da violência envolvendo jovens, como por exemplo tomar a medida de proibição de alguns jogos. É algo que precisa ser analisado de forma cultural, social e histórica.

Por fim, problemas políticos – como a desigualdade social – e familiares – como falta de atenção – influenciam mais certas atitudes tomadas por jovens do que um brinquedo. Lembrando que o capitalismo lucra ao estimular a violência urbana, vista como a violência do “pobre”, e assim promovendo a desigualdade. Utilizando a violência, promove a compra de casas em condomínios caríssimos pela classe média consumista. E esta compra visa a maior conforto e segurança para sua família; e, por ser “consumista”, financia ainda mais o capitalismo com a compra de aparelhos tecnológicos como o *videogame*, que depois é culpado pela violência exercida por seus filhos, já que moram em lugares pretensamente “seguros”, distantes dos supostos autores da violência urbana, os “pobres violentos”. Mas o engraçado é que o *videogame* apenas reflete a violência do mundo real, financiada pela classe média consumista.



REFERÊNCIAS

- ALVES, Lynn ALVES, L. R. G. *Game over: jogos eletrônicos e violência*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2004.
- ARAÚJO, B. C. de; VASCONCELOS, L. C.; NUNES, M. F.; VALDE-TAROUTOR, U. B. F. *Comparação do local de lazer das crianças que moram em condomínios fechados e das que moram em outros tipos de residência*. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.
- BOLAÑO, C. R. S. Trabalho intelectual, comunicação e capitalismo. A re-configuração do fator subjetivo na atual reestruturação produtiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*, Rio de Janeiro, v. 00, n. 11, p. 53-78, 2002.
- BOLETIMVIRTUALDAUFRJ, *OlharVital*, edição 141, de 28/08/2008. [http://www.olharvital.ufrj.br/2006/index.php?id_edicao=141&codigo=4].
- CARLSSON, U.; FEILITZEN, C. V. *A criança e a violência na mídia*. Unesco Brasil/Cortez, 1999.
- COSTA, E. A Globalização neoliberal e os novos fenômenos do capitalismo contemporâneo. In: IX ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA E POLÍTICA, Uberlândia. *Anais do IX Encontro Nacional de Economia e Política*, 2004. v. 1.
- FERREIRA, M. G. Globalização: última etapa do capitalismo? In: *CADERNO CRH*, Salvador, Universidade Federal da Bahia, n. 30-31, p. 265-288, jan.-dez. 1999.
- GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, jun. 1997.
- HUIZINGA, J. *Homo ludens: o jogo como elemento da cultura*. Tradução: João Paulo Monteiro, 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). *En México, cerca de un millón de usuarios de videojuegos presentan lesiones en la mano*: IMSS, 21 jan. 2008, n. 27.



KATO, P. M.; COLE, S. W. A. Videogame improves behavioral outcomes in adolescents and young adults with cancer: a randomized trial. *American Academy of Pediatrics*, n. 122, e. 305-317, oct. 28, 2008.

MAINIERI, T. *As crianças de hoje preferem ganhar dinheiro ao invés de brincar*. Universidade Federal de Goiás (UGF), Centro de Estudos e Pesquisas de Relações Públicas, 2008.

MARTINS, D. M.; COUTO JUNIOR, D. R. do. *Jovens jogadores de videogames e produção de sentidos: contribuições para se pensar práticas educativas alteritárias*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MOITA, F. M. G. da S. C. *Culturas juvenis e jogos eletrônicos: que currículo é esse?* In: *Anais VI Colóquio Sobre Questões Curriculares, II Colóquio Luso-Brasileiro sobre Questões Curriculares*. Uerj, Rio de Janeiro, 16 a 19 de ago. 2004.

MONTEIRO, J. L. *Jogo, interatividade e tecnologia: uma análise pedagógica*. São Paulo: Universidade Federal de São Carlos, 2007.

RAHAL, F. de C. *Desenvolvimento de jogos eletrônicos*. 2006. 32 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Engenharia da Computação). São Paulo : Centro Universitário Assunção, 2006.

REVISTA *Época*, edição 464, de 4 abr. 2007.

REVISTA *Superinteressante*, edição 141, jun. 1999.

REVISTA *Veja*, edição de 28 abr. 1999.

UNESCO Brasil. *A criança e a violência na mídia*. Brasília: Unesco, 1999, p. 15.

Sites consultados entre agosto e dezembro de 2008

<http://www1.folha.uol.com.br/folha/informatica/ult124u366142.shtml>

<http://www1.folha.uol.com.br/folha/informatica/ult124u384674.shtml>

<http://educacao.uol.com.br/geografia/terceira-revolucao-industrial-tecnologia.jhtm>

<http://g1.globo.com/Noticias/Games/0,,MUL875519-9666,00-COMPULSAO+POR+GAMES+QUASE+NUNCA+E+VICIO+DIZ+ESPECIALISTA.html>



<http://games.terra.com.br/interna/0,,OI2973686-EI1702,00-Jogar+videogames+ pode+ servir+ como+ terapia+ de+ saude.html>

http://gballone.sites.uol.com.br/temas/violen_inde.html

<http://jbonline.terra.com.br/canais/games/flashback.html>

<http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/reuters/2008/08/06/videogame-ajuda-jovens-pacientes-de-cancer-a-tomar-remedios.jhtm>

<http://retrospace.wordpress.com>

<http://www.ime.usp.br/~is/ddt/mac333/projetos/fim-dos-empregos/tercRevInd.htm>

<http://www.guinnessgames2008.com.br>

<http://www.mundodasmarcas.blogspot.com/2006/09/atari-uma-lenda.html>

<http://www.museudocomputador.com.br>

<http://oglobo.globo.com/online/tecnologia/mat/2006/07/10/284805642.asp>

<http://www.videogameslive.com.br>



MATEMÁTICA E ARTE: UMA RELAÇÃO TÃO DELICADA

Mariana Luzia Fernandes de Almeida¹
Márcio Rolo²

INTRODUÇÃO

Uma discussão sobre o racionalismo científico introduz o estudo, tendo como base as ideias de Adorno e Horkheimer³. A abordagem sobre esse assunto engloba o momento de transição entre o Teocentrismo para o Antropocentrismo e o conceito de razão e razão instrumental como bases para a nova concepção do mundo moderno.

Em seguida, há um estudo sobre o Renascimento, explicitando sua importância para o mundo moderno, enfatizando o campo das artes e das ciências e destacando artistas como Giotto di Bondone e Leonardo da Vinci⁴. Ainda nesta seção há uma breve elucidação de alguns teoremas matemáticos muito utilizados por artistas nessa época, mais precisamente a Perspectiva e a Proporção Áurea.

¹Ex-aluna do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2004-2006). Atualmente cursa Engenharia Química na Universidade Federal Fluminense (UFF). Contato: mlfa03@hotmail.com.

²Professor de Matemática do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde da EPSJV. Doutorando do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da UERJ. Contato: rolo@epsjv.fiocruz.br.

³Theodor Wiesengrund Adorno (1903-1969) e Max Horkheimer (1895-1973), filósofos alemães, escrevem, em 1940, o clássico "Dialética do esclarecimento". Eles estavam exilados em Nova Iorque, devido às perseguições do regime nazista.

⁴Giotto di Bondone (1267-1337) foi um pintor e arquiteto florentino. Foi um artista inovador para a sua época, por utilizar uma diferente disposição das figuras no espaço, criando a noção de tridimensionalidade, o que foi uma influência para alguns artistas renascentistas. Leonardo Da Vinci (1452-1519) foi um artista plástico, cientista e escritor italiano. Foi o representante máximo do Renascimento. Sua obra mais famosa, Monalisa, faz parte do acervo do museu do Louvre, na França.

Na seção seguinte há um estudo detalhado sobre o artista holandês Piet Mondrian, cuja obra passou por várias fases de transição até chegar ao conceito de *plástica pura*.

A arte conceitual é contemplada na última seção, na qual é apresentada, de forma sucinta, a obra de Mel Bochner e Mario Merz⁵, sendo que este último utilizou largamente a sequência de Fibonacci em seus trabalhos.

RACIONALISMO CIENTÍFICO E ARTE

A transição do Teocentrismo para o Antropocentrismo foi de extrema importância para a História. Isso implica que o mundo regido pela religião passou a ser regido pela razão, de forma gradativa. A ciência já existia há muito tempo, mas só com o Iluminismo e a ideia de *racionalidade* os variados campos da ciência puderam ter um desenvolvimento mais acentuado. Com o ideário iluminista, a experimentação torna-se palavra de ordem; uma teoria só pode ser comprovada se houver a parte prática.

Segundo Adorno e Horkheimer, o homem já acreditava deter poder sobre a natureza, mesmo antes de realmente obter os meios para isso. Com o efetivo domínio das técnicas, começa um processo de exploração sistemática da natureza, no qual esta serve como fonte de matéria que beneficia o homem.

Para obter conhecimento de tais técnicas, o homem busca compreender os fenômenos naturais; só assim ele desmistificaria a natureza. É quando vemos um grande desenvolvimento de ciências como a Física, a Química, a Matemática e a Biologia. Tomando à parte a Matemática, o racionalismo científico sustenta que tudo o que acontece na natureza pode ser resumido em equações matemáticas.

Neste contexto, surge o conceito de razão instrumental, que consiste em dizer que o conhecimento é *válido* quando pode ser revertido

⁵Mel Bochner (1940-) é um artista plástico norte-americano. Sua obra consiste de instalações e pinturas que exploram o conceito abstrato de medida. Mario Merz (1925-2003) foi um artista plástico italiano e um dos maiores representantes da Arte Povera, movimento artístico surgido em Turim, na década de 1960. Em sua obra figuravam elementos tecnológicos (como luzes neon) em contraste com elementos da natureza (plantas secas, por exemplo).

em algo de *valor*, ou seja, em mercadoria. Além de ser revertido em algo de valor, o conhecimento precisa se encaixar nos parâmetros das ciências. É uma forma de restringir o conhecimento e encaixá-lo no modo de produção capitalista.

Mas como isso tudo se relaciona com a arte? Na era Medieval, os trabalhos artísticos tinham como objetivo servir como mais um meio de comunicação entre a Igreja e o povo. No Renascimento, a arte exprimia a ideia do Antropocentrismo, suprimindo a religião e dando lugar à razão. A Arte serviu como um meio de expressão da nova concepção (e percepção) do mundo.

As relações humanas sofrem modificações com o racionalismo científico, pois com este o objetivo do homem é estender cada vez mais seu poder sobre a natureza, resultando num individualismo acentuado, visto que o interesse de cada indivíduo é ter mais poder sobre o outro. Tendo um maior domínio sobre a natureza, este indivíduo pode retirar dela recursos que podem ser modificados com a técnica e, assim, ser transformados em bens que servem como meios de dominação dos outros homens.

A Matemática é usada como acessório da racionalidade. Por isso, no Renascimento vemos o uso de teoremas matemáticos para a representação de cenas a serem pintadas.

Algumas correntes de vanguarda e o racionalismo

O século XX foi o período no qual tivemos as mais significativas expressões do racionalismo na arte. O surgimento de correntes de vanguarda como o Cubismo, o Construtivismo Soviético, o Dadaísmo e o Neoplasticismo – que deu o maior passo para o abstracionismo geométrico, influenciando, tempos depois, a chamada Bauhaus, importante escola da arquitetura moderna – expressa perfeitamente essa afirmação.



O Cubismo surge sob as ideias de dois jovens pintores: Pablo Picasso e Georges Braque⁶. É uma arte entendida como pura operação mental. Sua ideia básica consiste na fragmentação da realidade, que pode ser vista de variados ângulos, cada um mostrando uma perspectiva diferente. John Golding, em seu livro intitulado *Cubism*, diz que “esta rejeição de um sistema de perspectiva que condicionara a pintura ocidental desde o Renascimento marca uma nova era na História da Arte” (NASH, 1976).

O construtivismo soviético, que teve início na Rússia em 1914, caracteriza-se pelo uso da geometria, da fotomontagem e das cores primárias. A racionalidade que vemos por trás desse movimento é expressa na ideia de o construtivismo criar uma ponte para a sociedade socialista, integrando elementos da política com a arte.

Os artistas construtivistas procuravam desmistificar a arte como sendo um *trabalho especial* feito pelo homem, mas sim um elemento comum do mundo cotidiano. Isso pode nos remeter ao Renascimento, que trouxe como inovação a percepção do mundo real pelo homem.

Racionalidade, sociedade e arte: uma conclusão

A arte, a sociedade e o ideário racional têm dois papéis: sofrer mudanças e também provocá-las.

O desenvolvimento da ciência não foi um movimento linear; ele é dotado de alguns “saltos”, por assim dizer. Segundo Zamboni, quando surge um novo paradigma, vemos um período de intensa atividade (o Renascimento é um ótimo exemplo; o paradigma, no caso, seria a razão – toda e qualquer pesquisa tinha que girar em torno dela; não

⁶ Pablo Picasso (1881-1973) foi um pintor e desenhista espanhol representante principal da corrente de vanguarda Cubismo. Além do Cubismo, Picasso também adotou outros estilos, entre eles o surrealista e o expressionista. Seu trabalho mais conhecido é *Guernica*, de 1937, inspirado na cidade espanhola de mesmo nome que foi destruída durante a guerra civil espanhola. Georges Braque (1882-1963) foi um pintor francês que junto com Picasso desenvolveu o Cubismo. Seu estilo inicial foi o Impressionismo. Nos últimos anos de vida, Braque continuou atuante, apesar dos problemas de saúde, dedicando-se à pintura, à litografia e à joalheria.



poderia ultrapassar seus limites). Nesse período, aflora uma enxurrada de ideias, com muitas descobertas relevantes. Novas teorias vão se formando e tudo precisa ser repensado a fim de ser enquadrado nos novos moldes. Isso cria uma relação de exclusão, pois quem relutar aceitar os novos moldes fica à margem da sociedade.

Segundo Adorno, com a mercantilização da arte, todo movimento artístico que não obedeça aos critérios da sociedade capitalista será posto à margem da grande massa. A cultura de massa criada pelo capitalismo é absorvida pela maioria da população, pois traz a falsa impressão de que complementa os espaços vazios de cada indivíduo.

A razão instrumental constitui-se no maior mecanismo existente em nossa sociedade. É ao seu redor que estão todas as relações que podemos conceber no mundo contemporâneo. A arte, da mesma forma que adere a esse sistema de padrões e se submete à razão instrumental, também dialoga com a racionalidade, questionando-a, procurando, dentro de seu campo de atuação, estabelecer críticas a essa sociedade que é alicerçada na razão.

Novas concepções trazidas pela arte renascentista

○ Renascimento marca a transição do Teocentrismo (mundo centrado em Deus) para o Antropocentrismo (mundo centrado no Homem). Uma extensa pesquisa intelectual busca na Antiguidade a inspiração para a nova arte, constituindo o chamado Neoclassicismo. Algumas das características do período renascentista são: rigor científico, racionalidade, ideal humanista e reutilização da arte greco-romana.

○ humanismo expresso na arte renascentista contrasta com o desejo de suscitar sentimentos religiosos presente na arte medieval. No entanto, a humanização dos temas religiosos não foi o único tema do Renascimento. Mais tarde ela deu lugar à glorificação do homem e da natureza. Essa mudança de foco foi ocorrendo gradativamente.

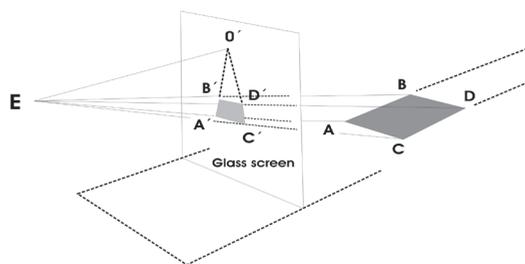


O objetivo dos artistas renascentistas era mimetizar a natureza. Segundo Leonardo da Vinci, “o objetivo da pintura é reproduzir a natureza e o mérito dela tem relação com a exatidão da reprodução”. Ainda segundo Da Vinci, o artista não pode meramente ter dom artístico, mas também ter conhecimentos em outras áreas, como a Física e a Matemática. Só assim ele seria um artista completo (THUILLIER, 2001, p. 90-113).

A geometrização dos espaços substituiu o espaço agregado das pinturas medievais. As cenas adquirem tridimensionalidade. No entanto, é preciso olhar por trás do pensamento matemático e ver que também havia uma nova maneira de ver o mundo, de perceber sua organização, sua estruturação (idem).

Perspectiva e outros métodos matemáticos empregados nas pinturas

O teorema da perspectiva enuncia que o ponto de fuga consiste no encontro de retas paralelas no infinito.



Fonte: Mathematics and Painting in the Renaissance.

Observe a figura ilustrada. No ponto E encontra-se o olho do observador. Atrás da tela de vidro vemos duas retas paralelas: AB e CD. Utilizando conceitos de óptica, conclui-se que A'B' e C'D' são pro-



jeções de AB e CD – mas também intersecções de dois planos (a tela e ABCD) – feitas pela visão do observador.

Imagine agora que AB e CD, sendo retas paralelas, continuam indefinidamente. Na visão do observador, essas retas ficarão cada vez mais horizontais. No *infinito*, as retas que partem do olho do observador convergirão numa única reta que será paralela à AB e CD. Essa fusão de retas atingirá a tela no ponto O' e é este ponto que dá a impressão ótica de que as retas paralelas se encontram. É o chamado ponto de fuga.

O objetivo da perspectiva é fazer com que a imagem retratada se torne o mais próximo possível da visão humana. Quando olhamos para uma tela renascentista, não estamos vendo as características métricas exatas dos objetos e espaços; vemos de forma parecida ou exata a maneira como a nossa visão capta as imagens.

A proporção áurea

Antes de falar sobre a proporção áurea, é preciso falar sobre a sequência de Fibonacci. Esta consiste em somar dois números (partindo do zero) para se obter o próximo. A divisão de qualquer número pelo seguinte resulta em, aproximadamente, 0.618 e a divisão pelo antecedente resulta em 1.618.

0 1 1 2 3 5 13 21 34 55 89 144 233 377 610 987...

Por exemplo, ao dividirmos 8 por 13, encontramos 0.615; 13 por 21, 0.619; 55 por 89, o resultado é 0.618. Por outro lado, fazendo o processo contrário, o resultado obtido sempre será um número próximo a 1.618.

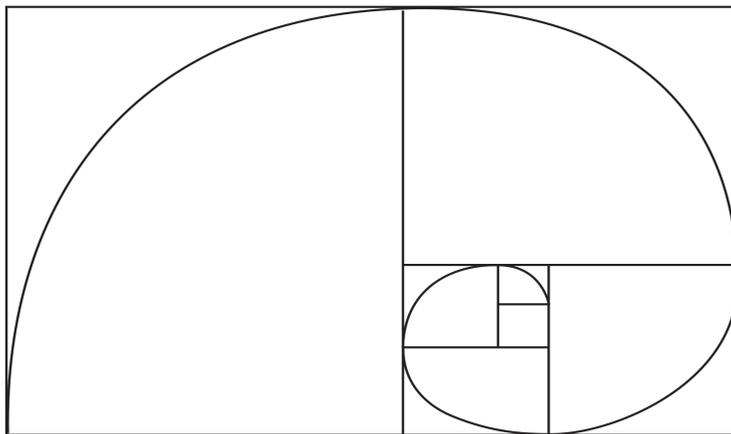
A divisão áurea consiste no seguinte: em qualquer linha existente, apenas um ponto, chamado ponto de ouro, a dividirá em duas partes



assimétricas, de forma harmoniosa e agradável. Os segmentos resultantes expressam a seguinte equação: $A:B = B:(A+B)$. Desta forma, para dividir o segmento em média e extrema razão, basta multiplicar o seu comprimento por 0.618 ou dividi-lo por 1.618 para encontrar a parte maior (VALENGA, 2001).

A razão áurea existe em quase tudo na natureza. Pode-se compreender, então, o motivo de ela ter sido tão amplamente usada pelos artistas renascentistas, visto que o objetivo deles era mimetizar a natureza.

Uma construção importante feita através da razão áurea é o Retângulo Áureo (figura a seguir), que serve de base para a espiral logarítmica.



Fonte: <http://sereslivres.blogspot.com/2008/09/sacralizacao-da-vida.html>.

Tomemos como exemplo um retângulo de altura 13 cm e base 21 cm, que são dois números consecutivos da sequência de Fibonacci. Se retirarmos um quadrado de 13 cm de lado deste retângulo, sobrá um retângulo de dimensões 8 x 13. Repetindo o processo, ao retirar um quadrado de lado 8 cm, sobrá um retângulo 5 x 8. Continuando indefinidamente esse processo, perceberemos que todo retângulo resultante da retirada de um quadrado tem como medidas dois números

consecutivos da série de Fibonacci. Utilizando a ponta seca de um compasso como auxílio e traçando semicírculos nos quadrados formados – cada um tendo diâmetro igual à diagonal de cada quadrado –, será composta a espiral logarítmica.

Há uma forma menos imediata de construir o retângulo áureo. Tomando-se um segmento AB (figura anterior) como o menor lado do retângulo áureo, traça-se um quadrado ABCD e uma reta perpendicular EF passando pelo centro AB. Utilizando BF como raio, com a ponta seca do compasso em F, traça-se um arco de circunferência até intersectar o segmento CD, chegando até o ponto G. Como resultado disso, AHCG é o retângulo áureo.

Ciência e pintura: a racionalidade invade a arte

No início, o Renascimento manifestou-se predominantemente na Itália, mais precisamente na cidade de Florença. O pintor Giotto di Bondone serviu como um modelo para os artistas que vieram depois, pelo seu espírito de pesquisa atrelado à arte. Ele é visto como o primeiro pintor realista surgido depois do simbolismo medieval.



Giotto. Preaching to the birds. 1295-1300. Fresco. St. Francis, Upper Church, Assisi, Italy.

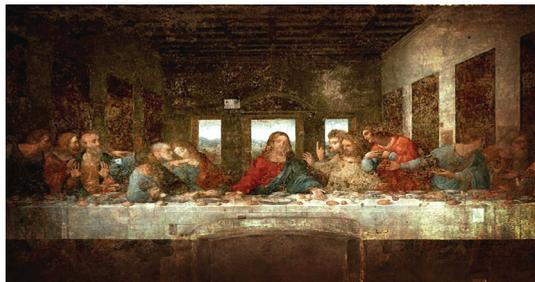


Nesta obra podemos visualizar a disposição agregada das figuras no espaço. Apesar de à primeira vista termos a impressão de que as figuras estão dispostas somente bidimensionalmente, podemos perceber, com um olhar mais apurado, que há alguns elementos pictóricos que conferem certa tridimensionalidade à cena. Por exemplo, a árvore maior é a que está mais próxima das pessoas retratadas, portanto, podemos crer que as menores estão mais longe, em outro plano, o que denota certa profundidade para a criação da impressão de distância.

Na obra a seguir vemos a passagem do que era um espaço agregado para um espaço dotado de profundidade, de forma mais explícita.



O anjo aparecendo para santa Ana. Detalhe, 1304-1306. Fresco. Capella degli Scrovegni, Pádua, Itália.



A última ceia, 1498. Fresco, 460X880 cm; Convento de Santa Maria das Graças, Milão.

Nesta famosa obra de Leonardo da Vinci, *A última ceia*, há um extenso estudo de perspectiva. Ao olhar para o teto, vemos que ele tem o formato de um trapézio, com a base maior próxima à mesa e a base menor no plano das janelas. O uso desta forma geométrica contribui muito para o efeito de profundidade. As janelas ao fundo, que mostram a paisagem externa, seriam o *infinito* na pintura, o ponto em que, segundo a perspectiva, seria o ponto de fuga, onde as retas paralelas se encontram. Observe que a janela maior situa-se exatamente atrás da figura de Jesus Cristo, dando a este um destaque central na obra, localizando-o no ponto de convergência de retas. Os retângulos que dão forma às paredes vão se estreitando conforme se aproxima mais do plano das janelas, o que provoca a sensação de volume na obra.

UM ARTISTA EM QUESTÃO: PIET MONDRIAN⁷

Quadriláteros pintados em cores primárias e separados por linhas pretas. Não é difícil imaginar e pode parecer fácil representar, mas, para além da representação, a arte do holandês Piet Mondrian é alicerçada em uma teoria definida pelo mesmo, na tentativa de obter a arte mais pura possível.

Contudo, não é desde sempre que a arte de Mondrian seguiu pelo caminho da abstração pura. No início, suas pinturas refletiam as paisagens da Holanda, em tons acinzentados e verdes. Por volta de 1908, influenciado pelo pintor Jan Toorop, quis transcender a natureza utilizando cores mais fortes, aproximando-se mais da abstração. Nessas pinturas, ele enfatizava os elementos verticais (que vinham sobre a forma de árvores, moinhos) e horizontais (rios, oceano). Importante destacar que os quadros desta fase vinham carregados de uma tensão existente entre os elementos da natureza e os criados pelo homem.

⁷ Piet Mondrian (1872-1944) foi um pintor Holandês. Foi o principal teórico do Neoplasticismo, movimento artístico que procurava expressar o equilíbrio das formas. Seu estilo passou por fases impressionistas e simbolistas até alcançar a abstração pura.



Influenciado pela Teosofia, uma religião esotérica que buscava um futuro perfeito através da evolução, Mondrian começou a busca pelo absoluto através da arte, que, segundo ele, pode mostrar a essência das coisas.

Segundo a Teosofia, a posição vertical simboliza o homem, e a horizontal, a mulher. Já a diagonal traz a ideia de movimento, quebrando, então, a harmonia e a sensação de calma que a pintura de Mondrian almejava. Nesse momento, sua arte passou de pós-impressionista à simbolista, revelando sua tendência à abstração por meio da síntese da natureza.



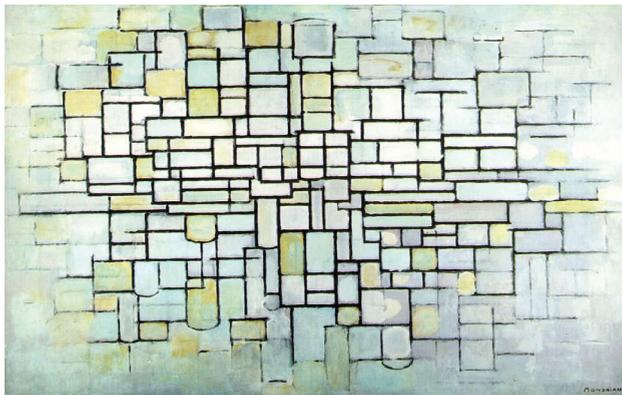
A árvore cinza, 1911.

Neste quadro, *A árvore cinza*, vemos Mondrian começando a traçar os caminhos para a abstração completa ao representar uma árvore em seu *esqueleto*. Observe as ramificações e como elas se processam: é como se por todos os seus pontos despontassem forças em direções diversas, com mais força em certos momentos que em outros. Outro ponto a ressaltar é o fato de a escolha da cor influir na representação do real; em nenhum momento, Mondrian faz uso de métodos de representação que buscassem mimetizar a natureza; ele procurou uma forma que melhor representasse o real, na sua concepção. Pode-se afirmar que neste trabalho Mondrian já começava a testar o uso da cor característica do seu trabalho futuro: observe os tons de cinza que se aproximam do preto (e do azul). Todo o traçado da

árvore é feito em um tom bem próximo do preto, clareando no tronco e perdendo um pouco da sua força no alto da copa.

Para Mondrian, o intenso envolvimento com os seres vivos era também o envolvimento com a morte. Ao seguir a natureza, é necessário aceitar o que nela é perfeito e o que é defeituoso, e é aí que surge o que ele chama de “trágico”. A pintura naturalística pode nos trazer uma mensagem de paz, calma, com sua cor, ritmo e formas naturais. No entanto, isso consiste numa ligação com o mundo exterior e, segundo Mondrian, enquanto o homem não conseguir libertar-se dessa ligação, não será capaz de perceber conscientemente o equilíbrio que está presente em todas as coisas. Para tanto, é necessário transcender o trágico.

De Stijl e o Neoplasticismo

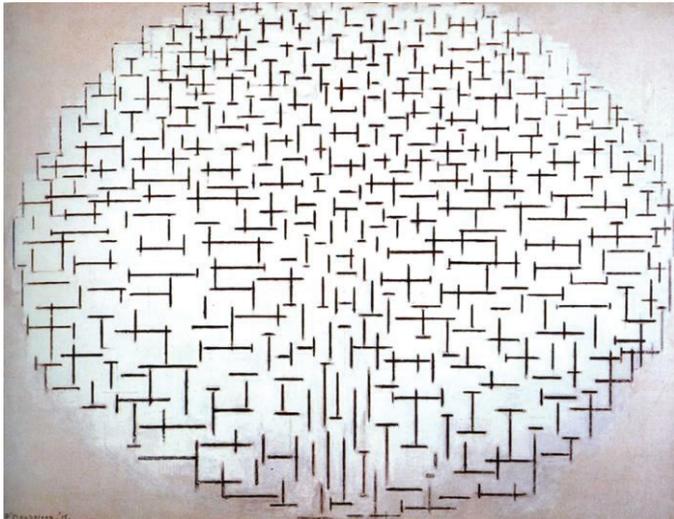


Composição II, 1913. 88x 115 cm. Kroeller-Mueller Museum, Otterlo.

Em contraste com a fase simbolista, onde representava paisagens, Mondrian, neste quadro, dá um passo à frente rumo à abstração. A Composição II é formada por figuras geométricas que se aglutinam pela tela. Conforme se aproxima do centro da tela, as figuras adquirem traçado mais forte e tamanho menor, o que confere ao quadro uma



ideia de concentração. Assim, quando se observa o centro e segue-se para as extremidades, temos a visão de que fomos do mais concentrado para o menos concentrado. Uma concentração maior de figuras e uma menor estão em equilíbrio na tela.



Composição número 10 – Cais e Oceano, 1915. Rijksmuseum Kröller-Müller, Otterlo.

Esta composição, utilizando traços verticais e horizontais, que de certa forma lembram os símbolos matemáticos de subtração e adição, representa de maneira abstrata um elemento da natureza (o oceano). O conjunto de traços resulta numa figura elíptica, o que é um fato curioso, visto que o oceano é algo tão vasto que não podemos ter uma visão do seu início e do seu fim. Assim, o convencional seria representá-lo em toda a extensão da tela. No entanto, Mondrian traduz para os seus próprios meios de expressão uma notação neoimpressionista da visão do mar a partir de um ângulo de visão central.

Neste momento, Mondrian volta à sua fase pré-cubista, uma transição até chegar ao Neoplasticismo. Nesta fase, há a expressão em tela de algo subjetivo, que é influenciado pelo mundo das aparências, o que é contrário ao objetivo do Neoplasticismo. Este tem como objetivo suprimir qualquer influência externa além do que já está presente na essência do homem.



O movimento Neoplasticista surge em 1917 com a criação da revista *De Stijl* (o estilo) que tem Mondrian e Theo Van Doesburg⁸ como fundadores. Este projeto almejava *redesenhar o mundo*.

Os seguidores do movimento tinham que seguir determinadas regras. Suas obras seriam essencialmente não figurativas, pois o figurativo é artificial e ilusório. A figuração carrega consigo o individualismo. Já a arte não figurativa traz consigo a objetividade e neutralidade necessárias para alcançar a perfeição.

O uso de cores seria restrito às cores primárias no seu estado mais puro: vermelho, azul e amarelo. Seria permitido também utilizar o preto (ausência de luz), o branco (luz) e tons de cinza. As disposições em forma diagonal não seriam permitidas, pois elas imputam a ideia de movimento. As disposições horizontal e vertical transmitem uma ideia de calma e tranquilidade, que são necessárias para trazer harmonia e equilíbrio.

O fato de o Neoplasticismo negar o mundo das aparências não quer dizer que ele seja um movimento de arte inorgânica, contra a natureza. Ele não tem ligação com a natureza aparente, mas com uma natureza superior, ligada à essência humana.

Os artistas neoplasticistas alcançavam o equilíbrio por uma assimetria das formas, que formam ângulos retos e são delimitadas por linhas pretas. Era um equilíbrio dinâmico, um trabalho extremamente racional.

Segundo Pignatari, Mondrian aceita o desafio da ciência, da filosofia e da religião, incorporando as propostas destas às suas propostas artísticas, para concluir que a superação e a negação da arte não deságuam nas formas superiores prescritas por Hegel⁹, mas em

⁸ Christian Emil Marie Küpper (1883-1931), que adotou o pseudônimo Theo van Doesburg, foi um pintor holandês. Junto com Mondrian e outros pintores, fundou, em 1917, a revista *De Stijl* ("O estilo"), com isso, lançando o Movimento Neoplasticista, que almejava redesenhar o mundo. Teve sua amizade com Mondrian rompida após "desobedecer" uma das regras do Movimento Neoplasticista ao introduzir linhas

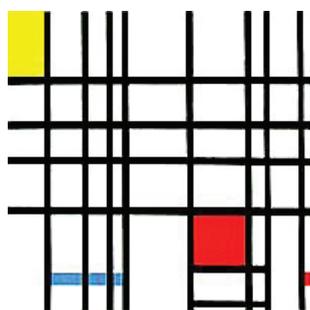
⁹ Georg W. F. Hegel (1770-1831), filósofo alemão, um dos mais influentes do século XIX. Escreveu sobre direito, psicologia, religião, história e arte. O hegelianismo é um sistema racional, coerente, que pretende apreender o real em sua totalidade.



mergulho nas próprias raízes da arte e do pensamento icônico, para, através de uma não arte, apontar para uma nova arte.

Para essa nova arte, o Neoplasticismo propõe que, segundo a teoria evolucionista da Teosofia, ela progredirá ao ponto de um dia não ser mais necessária a existência de artistas porque o ser humano já estaria vivendo *dentro da arte*. A plástica pura, por conter noções primárias, expressa o que está inconsciente dentro do indivíduo, o que é inerente a ele, sua *essência*. Segundo Mondrian, essa plástica transcenderia os limites da tela e estaria presente no mundo à volta.

Com o fim da Primeira Guerra, Mondrian se estabelece em Paris, já convertido à abstração pura. Todos os quadros feitos entre 1920 e 1940 assemelham-se uns aos outros: uma “grade” de coordenadas, que formam quadriláteros de vários tamanhos, preenchidos com cores elementares, com o predomínio frequente do branco. Cada um deles depende de uma situação perceptiva diferente: o resultado, em termos de valores, é sempre o mesmo. Todas as experiências da realidade, por mais diversas que sejam, devem ao cabo revelar a estrutura constante da consciência (ARGAN, 1992).



Composição em vermelho, amarelo e azul, 1921.

As linhas verticais, distribuídas de forma assimétrica, ora dão a noção de espaço vago, ora de concentração. A cor exerce papel menor na pintura, que tem como foco principal a estrutura em detrimento do preenchimento. Uma faixa azul é posta, simbolicamente, próxima ao canto inferior esquerdo da tela, não preenchendo um quadrilátero, mas

exercendo o papel de grade, pois corta, perpendicularmente, quatro retas verticais. Observe no outro canto da tela a tentativa de fazer o mesmo com o vermelho: transformá-lo em estrutura. Isso explicita que Mondrian deu mais importância à estrutura, à base da pintura, em detrimento do preenchimento.

Mondrian queria representar o infinito, mas a forma em si é finita. O que seria infinito, então? Uma linha pode ser estendida infinitamente e os espaços entre duas linhas paralelas também. Esta seria sua forma de representar o infinito.



Composição 1, 1930, 29 x 29.

Na pintura Composição 1, podemos destacar o fato de Mondrian introduzir a diagonal por meio do posicionamento do quadro. Podemos afirmar que nessa pintura há o desejo de não dar um fim, de expressar, poeticamente, o infinito.

Fase final: Nova Iorque

Com a proximidade da Segunda Guerra, Mondrian se estabelece em Londres por um tempo, mas logo se vê obrigado a deixar a Europa.

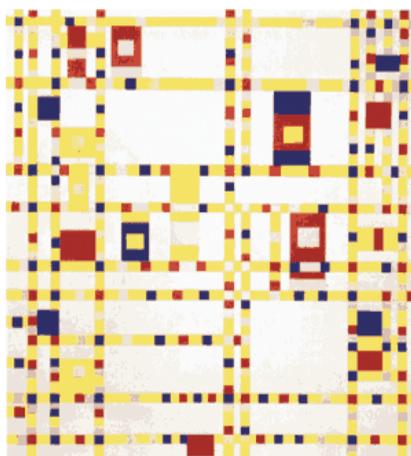


Com a ajuda de amigos, ele se muda para Nova Iorque, onde fica até o fim da vida.

Uma das coisas que mais o impressionou nesta cidade foi a abundante iluminação da cidade, com centenas de letreiros luminosos, criando uma incrível mistura de cores. O fato de Nova Iorque ser a capital mundial do jazz é outro estímulo a Mondrian, grande fã deste estilo musical.

Uma evolução um tanto quanto radical na arte de Mondrian foi promovida nesta nova fase: a retirada da “grade” preta de seus quadros.

O trabalho que é o maior representante desta última fase de Mondrian é “Broadway Boogie Woogie”, influenciado pela cidade e pelo jazz (*boogie woogie*).



Broadway Boogie Woogie, 1942-1943.

Observando a tela, percebemos uma predominância da cor amarela, que pode ser explicada pelo fato de a cidade de Nova Iorque ter um *brilho* característico, por conta, como já foi dito, da sua forte luminosidade. Cada linha é diferente das outras que são compostas por uma permutação das cores e tamanhos dos segmentos em amarelo. Segundo Schapiro (2001), não somos capazes de distinguir, num relance, a sequência que determina a diferença; o número de unidades



em cada faixa completa – entre 30 e 40 – é muito grande para permitir que se leia o todo com clareza. As unidades foram meticulosamente embaralhadas, em toda parte, para que se atingisse o máximo de contingência, ao mesmo tempo que se mantém a semelhança e coerência dos elementos como unidades de figuras oblongas ou quadradas com a mesma largura e como a mesma família de quatro cores. A limitação das unidades aos caminhos paralelos da grade é um meio de instaurar, simultaneamente, ordem e movimento.

Os grandes e pequenos espaços em cinza também denotam a luminosidade que tanto chamou a atenção de Mondrian. Eles lembram a faixa de luz branca que incide sobre a personagem principal de um espetáculo, deixando que a penumbra impere sobre o restante do palco. Esses mesmos espaços são dispostos assimetricamente, provocando o surgimento de algumas “manchas” de concentração das cores primárias.

Os grandes blocos coloridos que aparecem na tela, destacando-se dos demais elementos, podem ser entendidos como as grandes construções de Nova Iorque. Um fato importante que se pode perceber é que esses grandes blocos se localizam, geralmente, onde há concentração das faixas mais finas e, eventualmente, no cruzamento entre elas. Assim, cria-se um grande contraste entre as áreas coloridas e as que estão pintadas de cinza.

Fazendo uma leitura da estrutura bruta da obra e considerando os outros trabalhos neoplasticistas de Mondrian, podemos considerar que as faixas coloridas seriam a *grade* em preto presente nestes outros trabalhos, que divide os espaços a serem preenchidos pela cor. Já os grandes blocos em vermelho, azul e amarelo e os espaços acinzentados seriam, efetivamente, o preenchimento dos espaços criados pela disposição sempre perpendicular das faixas coloridas. Por essa perspectiva, *Broadway Boogie Woogie* preserva a estrutura neoplasticista, embora haja uma troca de valores com relação à função das cores primárias, que agora exercem dois papéis: o de divisão e o de preenchimento.



A influência de Mondrian na arquitetura e na publicidade foi (e é) imensa. Não é difícil detectar o uso da estrutura formal neoplástica em diversos produtos. Como exemplo, pode-se citar a embalagem de produtos da empresa francesa L’Oreal e a rede de restaurantes *fast-food* norte-americana McDonald’s (na decoração externa dos restaurantes).

Não é difícil encontrar propagandas em *outdoors* e revistas que usem a estrutura criada por Mondrian, mesmo que não se utilizem as cores primárias. A forma harmônica de representação de Mondrian é tão amplamente utilizada na propaganda de forma a atrair o público consumidor.

A Escola de Arquitetura Bauhaus pode ser citada como produto da influência do Neoplasticismo na arquitetura moderna.

ARTE CONCEITUAL E POVERA: NOVAS TENDÊNCIAS NA ARTE ABSTRATA

A arte conceitual baseia-se, em primeiro lugar, num trabalho racional, tendo como consequência a execução da obra.

Visto que o que importa na arte conceitual é a ideia por trás da obra, a execução da mesma não precisa ser necessariamente pelas mãos do artista. Ele pode elaborar o projeto de um objeto e deixar a execução para outra pessoa. A invenção torna-se mais importante que a materialização da obra.

O uso de novos meios para representar a arte veio com esse movimento. Foram usadas instalações, performances corporais, meios tecnológicos (vide a obra de Mario Merz, que utilizou largamente objetos com luzes neon).

A arte conceitual, que num primeiro momento esteve associada às referências do Modernismo, passa, num outro momento, a inserir-se no contexto do pós-Modernismo, trazendo a emancipação dos meios artísticos. Adorno reconhece o potencial emancipatório da arte quando esta é feita de forma autônoma, sem se deixar influenciar pela indústria cultural, opondo-se e denunciando a relação de submissão

proposta por esta. Da mesma forma que o homem da sociedade cultural se conformou em contemplar a natureza como algo alheio a seus atos, o indivíduo da sociedade do espetáculo se conformará em contemplar a sociedade como se fosse uma nova natureza na qual não pode intervir. Posto isso, o pós-Modernismo possui as seguintes características construtivas: uma nova superficialidade, suprimindo o fetichismo da mercadoria e abandonando declarações políticas críticas; uma debilitação da historicidade, que leva à perda da possibilidade de experimentar a história de modo ativo; uma nova relação com as tecnologias, diferente da fascinação que haviam sentido as antigas vanguardas.

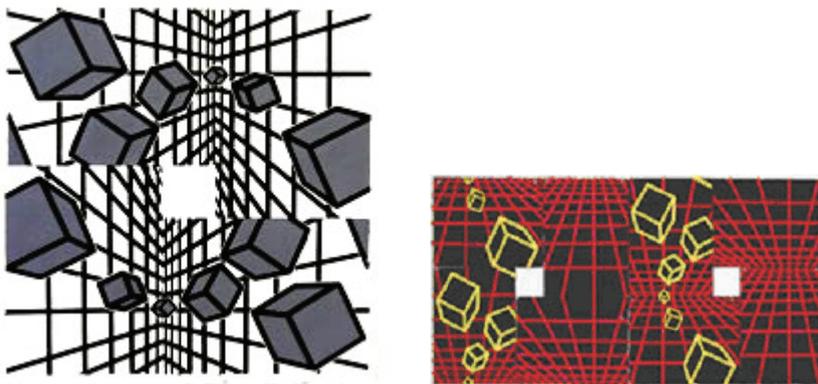
A arte conceitual trabalha com proposições poéticas que, se não forem lidas com maior reflexão, não serão compreendidas. A obra é composta pelas reflexões do artista, que podem ser compreendidas ou não. O espectador não pode mais agir passivamente frente à obra; é necessário que ele reflita também e assim consiga achar o seu significado. A relação artista-obra-observador é puramente mental.

Mel Bochner: complexidade

O uso da palavra é muito frequente na obra de Mel Bochner. Em vários trabalhos ele põe fundos coloridos com mensagens escritas em alemão e/ou inglês, ou simplesmente escolhe letras aleatoriamente e as coloca ao contrário, como se estivessem sendo vistas por um espelho.

Na sua obra cabe destacar a série de quadros intitulados “Genetic Space”.





Genetic Space, 1995.

O quadrado branco no meio de cada quadro ilustrado (havendo dois no segundo quadro) parece ser o ponto onde todas as linhas, que divergem em suas direções, se sobrepõem umas às outras. No primeiro quadro, existem quatro representações diferentes do espaço. O quadrado branco seria o ponto onde essas quatro representações se fundem em uma só. É preciso ver *através* dele.

No segundo, vemos oito concepções (ou divisões) diferentes do espaço. À esquerda, a disposição das linhas faz com que se formem quadriláteros estreitos nas extremidades da tela e, conforme se aproximam do centro, os quadriláteros vão ficando maiores, gradativamente. Ainda no centro há um ponto onde se espelha a parte de cima, o que dá a impressão de haver uma forma arredondada nesta região que se estreita conforme aproxima-se das extremidades.

No lado direito da tela, a disposição das linhas cria a impressão de profundidade, com quadriláteros mais largos nas extremidades que vão se estreitando conforme se aproxima do centro. Novamente há a disposição de dois planos espelhados. Os cubos que estão sobre o espaço tornam-se cada vez menores à medida que se aproximam do centro da tela, no ponto onde há o encontro dos dois planos. Essa dis-

posição dos cubos auxilia na criação da impressão de profundidade, visto que os cubos menores estão mais longe que os maiores.

Arte Povera: uma afronta à sociedade de consumo

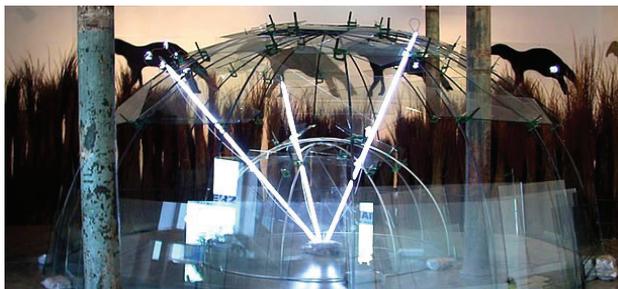
A Arte Povera (do italiano; em português, “pobre”) surgiu na Itália, na década de 1960, num contexto de pós-guerra. Ela incorpora elementos não muito usados na confecção de obras de arte, como plantas e madeira, na tentativa de *empobrecer* a obra.

Ela pode ser vista como uma reação à sociedade tecnológica e de consumo, enfrentando o que era padrão na arte daquela época e criando obras sob a ideia de reaproximação dos valores primários (terra, natureza, energia pura e a própria história do homem).

Uma outra característica marcante deste movimento é o fato de, apesar de estar ocorrendo num momento de forte agitação política, as obras não refletirem uma crítica à política ou à economia, como em outros movimentos.

Os artistas se recusam a produzir objetos de luxo, desvinculando sua arte daquela acadêmica, presente nos museus.

Mario Merz (1925-2003)



Deslocamento da terra e da lua sobre um eixo, 2002.



Nessa obra vemos várias características da arte Povera. O conjunto de três luzes dentro do iglu contrasta com a paisagem externa de plantas secas. O elemento moderno em contato com um elemento ligado à natureza cria um diálogo entre a modernidade e a natureza, os valores primitivos.

Uma característica importante da obra de Mario Merz é o uso da sequência de Fibonacci na disposição dos objetos de uma instalação e também na representação dos próprios números que compõem a série, incorporados de alguma forma à obra, como na figura a seguir.



Sem título, 2002.

CONCLUSÃO

Posto tudo o que foi visto, é possível perceber que a relação da Matemática com a Arte não é simples. Os artistas renascentistas utilizavam a Matemática sob a forma de teoremas, mais precisamente o da perspectiva, que é aplicado com o objetivo de dispor os elementos na pintura de forma que se assemelhe o máximo possível da realidade.

Essa disposição matemática dos elementos em tela é influenciada pela ideia de que tudo o que está na natureza pode ser resumido em equações matemáticas. Como os artistas renascentistas queriam

expressar em suas obras a visão mais nítida possível da realidade, tornou-se necessário utilizar a Matemática na confecção da obra.

Com o passar do tempo, o uso da Matemática na arte foi evoluindo, passando de somente um acessório que fornece teoremas para retratar a *realidade* para uma forma de raciocinar a obra a ser feita. Uma comparação para elucidar melhor essa ideia pode ser feita entre o Renascimento e o Neoplasticismo. Os artistas renascentistas utilizavam a perspectiva para criar uma imagem que, para o observador, se assemelhava à *realidade* a olho nu. Já no Neoplasticismo Mondrian criava um equilíbrio assimétrico de formas que remetiam a uma realidade interior, sem a ênfase de mostrar a forma como *ela é aos nossos olhos*, mas como ela se encontra na essência do homem.

É interessante fazer uma comparação também entre o Renascimento e a Arte Conceitual. Em ambos utilizou-se a sequência de Fibonacci (que origina a proporção áurea), mas a linguagem utilizada para expressar a obra foi diferente. Isso mostra que o elemento acessório (o teorema) pode ter diversas formas de ser expresso. Cabe ressaltar que o artista renascentista enfatizava muito a necessidade de o artista ser também um homem da ciência; de ele ser o projetor da obra e executor. Na Arte Conceitual, o mais importante é a ideia da obra e a execução pode ser feita por outra pessoa, não necessariamente o artista que a projetou.

Com isso, é possível observar que o processo matemático serve como caminho para se criar uma nova linguagem pictórica. A forma de se aplicar a Matemática na arte não é somente fazendo cálculos de proporções e o raciocínio que esta ciência proporciona favorece a criação de um idioma novo para a expressão.

REFERÊNCIAS

ALBIZU, E. Arte y filosofía: signos de su actual permutación recíproca. *Revista de Santa Fé, Argentina*, n. 10, p. 27-41, 2002.



AULADELL, V. F. *Arte posmoderno y emancipación*. Disponível em: <<http://www.aparterei.com>>.

BARROS, A. A investigação na produção da obra de arte. *Pesquisa em artes plásticas*. Porto Alegre: UFRGS, Anpap, 1993. p. 51-57.

BERTONASCHI, B. K. *A geometry treasure hunt: uncovering geometry in art, architecture and the world around us*. Askew Elementary School.

BRITO, R. *Neoconcretismo: vértice e ruptura do projeto construtivo brasileiro*. São Paulo: Cosac & Naif, 1999.

CASTRO, J. S. En defensa del cognitivismo en el arte. *Revista de Filosofía*, Valladolid, Espanha, v. 30, n. 1, p. 147-164, 2005.

CASTRO, M. *Mas, afinal, o que é arte conceitual?* Disponível em: <<http://www.artep pratica.com/especiais/page64/page64.html>>.

CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2002. p. 278-286. Cap. 5.

CIVITA, V. *Mestres da pintura: Piero della Francesca*. São Paulo: Abril S.A. Cultural e Industrial, 1978.

D'ARGO, T. El arte, la cosa que piensa. *Revista de Estética*, Espanha, n. 7, p. 81-90.

DOESER, L. *Vida e obra de Leonardo da Vinci*. Tradução: Talita M. Rodrigues do original "The life and works of Da Vinci". Rio de Janeiro: Ediouro, 1995.

DUARTE, R. *Adorno/Horkheimer & a dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002 (Coleção Filosofia Passo-a-Passo).

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Ensino Médio na Educação Profissional em Saúde – Matemática. *Projeto Político Pedagógico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 188-193. Cap. 3.

FABIANI, L. J. Le riche territoire de l'art povera. *Sociologie et sociétés (les territoires de l'art)*. Paris, v. 34, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.erudit.org/revue/socsoc/2002/v34/n2/008132ar.html>>.

FREITAS, V. *Adorno & a arte contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003 (Coleção Filosofia Passo-a-Passo).



- GAYFORD, M. Entrevista com Richard Smith sobre o quadro de Mondrian "Broadway Boogie Woogie". *Artists on art*, 27.10.2001.
- KLINE, M. Mathematics and painting in the renaissance. *Mathematichs for the Nonmathematician*. New York: Dover Publications, 1967. p. 209-231.
- KRAMER, H. Mondrian & Mysticism: "my long search is over". *The new criterion*, v. 14, n. 1, set. 1995.
- LAHANAS, M. *The golden section and the golden rectangle*. Disponível em: <http://www.mlahanas.de/greeks/goldensection.htm>.
- LÓPEZ, G. L. M. La pintura del siglo XX. *Episteme*. México, n. 5, jul.-set. 2005.
- LOY, J. *The golden rectangle and the golden ratio*. Disponível em: <http://www.jimloy.com/geometry/golden.htm>.
- MASETTI, M. *Boas misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003.
- MATOS, M. R. *Perspectiva*. Trabalho de conclusão de curso. UFP: Rio Grande do Sul.
- NASH, J. M. *O cubismo, o futurismo e o construtivismo*. Tradução: Manuel de Seabra. Barcelona: Labor S.A., 1976.
- NAVES, R. *A forma difícil: ensaios sobre arte*. São Paulo: Ática, 1996. p. 179-193.
- OSTROWER, F. P. *Universos da arte*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- OVERY, P. Revising De Stijl. *Oxford Art Journal*, Oxford, 28 mar. 2005. p. 491-495.
- PAIVA, F. *Perspectiva: ótica, ôntica, simbólica e representação (Ensaio)*. Covilhã, Universidade de Beira Interior, 2001.
- PATOCKA, J. L'art et le temps: la crise de la civilisation rationnelle et le rôle de l'art. In: CONGRESSO MUNDIAL DA INSEA (International Society for Education Through Art). Paris: Presses Pocket/P.O.L., 1992, p. 344-368.



PENNAFORTE, P. S. J.; ROCHA, S. R.; SILVA, F. M.; TAVARES, O. E. *A proporção dos esquemas geométricos na pintura do Renascimento*. Trabalho de conclusão de curso, UFJF, Juiz de Fora, 2002.

PIGNATARI, D. *Semiótica da arte e da arquitetura*. São Paulo: Cultrix, 1981.

PORTUGAL, A. C. Discussão sobre Empirismo e Racionalismo no Problema da Origem do Conhecimento. *Diálogos & Ciência – Revista eletrônica da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana*. Bahia, dez. 2002.

PUCCI, A. *Un itinerário matematico-estetico: dalla prospettiva alla geometria proiettiva*. Parma: Universidade de Parma, 1997.

RIBEIRO, C. G. A propósito da relação entre arte e ciência. *Temas de Ensino Médio: trilhas da identidade*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2004. p. 9-21.

ROLO, M. A construção de livro-objetos a partir de temas matemáticos. *Temas de Ensino Médio: trilhas da identidade*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2004. p. 23-33.

SCHAPIRO, M. *Mondrian: a dimensão humana da pintura abstrata*, São Paulo: Cosac & Naify, 2001.

SHARP, J. *Sliceforms: mathematical models for paper sections*. Inglaterra: Tarquin Publications, 2004.

TASCHEN, B. *Wassily Kandinsky: a revolução da pintura*. Tradução: Casa das Línguas. Köln: Druckhaus Cramer GmbH, 1994.

THUILLIER, P. Leonardo da Vinci e o nascimento da ciência moderna. *De Arquimedes a Einstein: a face oculta da invenção científica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 90-113.

TZAFESTAS, S. E. *Number series as an expression model*. Disponível em: <<http://www.softlab.ece.ntua.gr/~brensham>>.

VALENGA, L. M. *As fronteiras do desenho*. Dissertação (Mestrado). UFSC, Florianópolis, maio 2001.

VICTORINO, P. *Arte Povera: um desafio à ordem estabelecida*. Disponível em: <http://www.pitoresco.com.br/art_data/arte_povera>.

ZAMBONI, S. O paradigma em arte e ciência. *Pesquisa em artes plásticas*. Porto Alegre: UFRGS, Anpap, 1993. p. 29-39.



O USO DO BOM HUMOR E O CUIDADO NA SAÚDE

Rayanne Rodrigues Luiz¹
Gladys Miyashiro Miyashiro²

INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa as diferentes maneiras de utilizar o bom humor, o riso, no ambiente hospitalar, como forma de cuidado complementar ao tratamento biomédico e como meio de aprimoramento na relação médico-paciente.

As internações são sempre motivo de grande tensão, não só para os próprios pacientes, mas também para seus familiares. O ambiente hospitalar, frio e impessoal, faz com que a espera pela alta se torne cada vez mais longa, fazendo com que pareçam intermináveis os dias de internação. A simpatia e atenção de alguns profissionais de saúde não são suficientes para aliviar a dor e a tristeza desses pacientes.

É justamente nesse momento que qualquer manifestação de amor, carinho e atenção fazem a diferença, principalmente se esses vierem acompanhados de alegria e bom humor.

Patch Adams, um médico norte-americano, faz o uso da medicina de uma forma diferente, proporcionando a seus pacientes momentos agradáveis para que estes esqueçam a dor e o sofrimento causados

¹Ex-aluna do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz. Atualmente exerce atividade administrativa na Assessoria de Planejamento e Gestão Institucional no Departamento Geral de Ações Socioeducativas – DEGASE.

²Professora-Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde – LAVSA da EPSJV/Fiocruz.



por suas doenças. Segundo Adams (1999), ajudar os enfermos não é apenas tratar de suas doenças, mas também lhes oferecer humor, compaixão e amizade.

O interesse pelo tema surgiu a partir do filme de “Patch Adams: O Amor é Contagioso” (UNIVERSAL STUDIOS, 1998). A maneira diferenciada como ele tratava seus pacientes, a maneira como o bom humor se expandia por onde ele passava e como os pacientes respondiam positivamente a essa forma de humanização foram os incentivos para a realização da pesquisa.

A importância de Patch Adams e o avanço dos estudos em relação aos benefícios que o riso pode trazer para a saúde são temas discutidos pela medicina atual que, baseada no modelo biomédico, é ainda resistente a novas práticas que possam auxiliar no processo de cura.

O trabalho e o conhecimento da Terapia do Riso propagada por Patch Adams são muito utilizados e motivo de influência para muitos médicos. Atualmente, muitos grupos no Brasil fazem o uso dessa terapia, inclusive em ambientes onde não se requer uma estadia muito longa. Como exemplo, temos algumas clínicas de fisioterapia, no Rio de Janeiro, que usam a terapia do riso como auxílio ao seu trabalho (JORNAL GRANDE TIJUCA, 2007).

Porém, o riso não é só utilizado como terapia alternativa. Muitos grupos voluntários fazem o uso do riso como uma forma de arte, normalmente artes cênicas, no cuidado e atenção à saúde dos pacientes, criando assim um laço entre a arte e a ciência. Um grupo que merece destaque, e que também será objeto de análise nesta pesquisa, é o grupo Doutores da Alegria. Eles se vestem de palhaços, assim como Patch Adams, mas veem seu trabalho apenas como um auxílio para descontrair o tenso ambiente hospitalar, e não como forma terapêutica.

Muitos autores colocam os Doutores da Alegria como tendo a mesma prática de Patch Adams, inclusive Eduardo Lambert (1999), em seu livro *A Terapia do Riso: a cura pela alegria*. No entanto, observa-se que os dois grupos utilizam o bom humor no cuidado da saúde, mas existem muitas diferenças na sua prática.



Os Doutores da Alegria contam com quatro grupos de palhaços espalhados por São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e o último grupo acabou de começar seu trabalho em Belo Horizonte. O trabalho consiste na ida de uma dupla de palhaços a um dos hospitais conveniados, duas vezes por semana, por aproximadamente seis horas. Os artistas se revezam entre os hospitais a cada seis meses de trabalho.

Segundo Masetti (2003), o número de voluntários que trabalham nos hospitais buscando a humanização cresceu muito nesses últimos tempos e aqueles que fazem o uso da figura do palhaço para esse tipo de trabalho também. De acordo com uma pesquisa realizada em 2001 pelo Centro de Estudos dos Doutores da Alegria, são mais de 180 grupos cadastrados trabalhando com a máscara do palhaço.

Assim, a pesquisa teve como objetivos conhecer e comparar o uso do bom humor utilizado por Patch Adams e pelos Doutores da Alegria no cuidado com os pacientes, identificar os benefícios e limites da utilização dessa prática e analisar a relação médico-paciente na perspectiva proposta pelo modelo biomédico atual e pelo uso do riso e do bom humor como terapia. O estudo realizado foi de tipo descritivo qualitativo, realizando-se pesquisa bibliográfica. Para o caso dos Doutores da Alegria, foi feita uma entrevista com uma das coordenadoras do grupo que atua também como palhaça; e no caso do Patch Adams foi utilizada de forma complementar a entrevista exibida pela TV Cultura, no Programa Roda Viva, em 2007.

O uso do bom humor na saúde, seja a terapia do riso de Patch Adams, seja a maneira utilizada pelos Doutores da Alegria, ainda enfrenta barreiras para ser aplicada, mas ultimamente está tendo maior aceitação pelos profissionais da saúde.



O CUIDADO NA SAÚDE E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO MODELO BIOMÉDICO

Dificuldades na relação médico-paciente

Segundo Adams e Mylander (2002), a relação médico-paciente vem sendo dificultada devido à grande exaustão dos trabalhadores em saúde. Esta exaustão, que prejudica o profissional de saúde, tem como causa a falta de comunicação entre o médico e o paciente, o desequilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho e o tempo que o profissional dedica para ele mesmo e a terceira e mais importante causa é o funcionamento da medicina como um comércio, o que acaba trazendo o próprio estresse natural de um “negócio”. Assim, os pacientes passam a ser tratados como fregueses e passa a existir diferença no tratamento dos pacientes ricos e dos pobres, por terem mais ou menos a oferecer financeiramente. “Medicina envolve relacionamento entre médico e paciente” (ADAMS; MYLANDER, 2002, p. 65) e esse relacionamento aos poucos deixa de existir, e a medicina se torna um trabalho puramente mecânico.

Já segundo Koifman (2001, p. 48-70), essa dificuldade na relação médico-paciente deve-se à adoção do olhar da anatomia na medicina, que mudou a maneira de ver o organismo humano, instaurando uma nova racionalidade médica. Desta maneira, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica) e o corpo humano passou a ser visto como máquina. E assim se deu a transformação na prática clínica. Acima da importância do encontro entre médico e paciente estava o papel do médico de descobrir a doença que o paciente possuía, passando assim a tratar o paciente somente como portador de uma doença, e não como humano. O problema dessa distância do profissional em saúde com seu paciente deve-se, em grande parte, à formação médica recebida que muitas vezes o leva a cometer erros por se colocar como “dono do saber” e não escutar a opinião do dono do corpo que está sendo tratado, de não ver o paciente como humano.



Outro problema também tratado por Koifman (2001, p. 48-70) é a influência das tecnologias que cada vez são mais sofisticadas e utilizadas, muitas vezes, em substituição do contato entre o médico e o paciente, que passa a ser afastado. “O modelo biomédico atual vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas” (KOIFMAN, 2001, p. 54). O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina complexa, porém não perfeita, que precisa constantemente de inspeção por um especialista (médico) e que, como toda máquina, tem ou terá problemas. De acordo com essa concepção, a doença passa a ser reduzida a um problema mecânico e a terapia médica passa a ser tratada como uma manipulação técnica.

A grande procura por terapias alternativas acaba por mostrar que parte da sociedade está buscando maneiras de questionar e mostrar insatisfação com a medicina oficial. Não há como separar mente e corpo, já que ambos integram uma unidade indissolúvel (MASETTI, 2003).

O hospital e a saúde

A palavra “hospital” traz em si uma conotação negativa por causa das lembranças de dor, sofrimento e morte que muitas vezes são ligadas a ela. É visto como um lugar que suga a energia das pessoas, uma energia que nesse ambiente se torna difícil de recuperar. Com isso, sobra pouco espaço para as relações humanas, ou elas acabam sendo estereotipadas. Mas o hospital não é algo que possui a sua identidade própria; ele se materializa por meio das pessoas que nele estão presentes. A preocupação com a humanização dentro de hospitais e na área da saúde que atinge a muitos só pode acontecer se depender de uma revisão na maneira de trabalhar das pessoas. Essas pessoas – esses profissionais de saúde – formam o hospital, são eles que dão vida a esse ambiente, e caso eles queiram uma mudança na maneira como isso funciona deve haver uma mudança na mentalidade, nos valores e nas formações profissionais recebidas (MASETTI, 2003).



A psicóloga Morgana Masetti, que trabalha com o grupo Doutores da Alegria, trata, em seu livro *Boas Misturas: a ética e a alegria no contexto hospitalar* (2003), de dois termos interessantes, o Hospital Técnico e o Hospital Mãe. Segundo a autora, o Hospital Técnico é um espaço rotineiro – um local de trabalho como outros, centrado no lucro, onde a medicina é uma profissão como outras, o funcionário é robotizado e a pessoa hospitalizada – o paciente – fica reduzida à sua doença. Nesse ambiente, o bom atendimento é relacionado à maneira como o caso é conduzido e o sucesso se restringe ao fato de o paciente sair vivo dali. O fator mais importante desse tipo de hospital é o negócio e a relação médico-paciente é técnica. Já o Hospital Mãe é um espaço protetor, compreensivo, especial, onde a medicina é vista como uma arte, o funcionário é visto como um ser humano como os outros e o atendimento se traduz em uma relação individualizada. O fator mais importante é o desenvolvimento da saúde. O diagnóstico do médico está ligado à escuta e o uso do tempo, às necessidades do cliente. A relação médico-paciente é uma relação humana.

Os profissionais da saúde e a relação médico-paciente

Entre os profissionais de saúde, o médico – visto como o centro deles – é o foco de poder, crítica e racionalidade. Uma entre as várias dificuldades de comunicação com um médico é justamente a linguagem que ele utiliza. Segundo Masetti (2003), seria uma espécie de “mediquês”, uma linguagem cheia de termos que um paciente teria muita dificuldade de entender para que pudesse se estabelecer uma comunicação. Geralmente, é atribuída “erradamente” uma valorização da competência do médico por esconder seus sentimentos, que acaba por negar um envolvimento com seu paciente. O médico vive a experiência de conter suas dores de maneira solitária e isso faz com que muitas vezes ele seja visto como alguém que está acima das “fraquezas humanas” (MASETTI, 2003, p. 65). Do outro lado estão os enfermeiros,



aqueles que estão mais próximos de todos os pacientes e que enxergam melhor as necessidades deles, mesmo estando envolvidos nas questões de poder do hospital.

A confiança no atendimento à saúde é algo de grande importância no ambiente hospitalar e Masetti (2003) ainda levanta questões que comprovam o que há de errado na medicina atual. Alguns erros são apontados, como a quantidade de cirurgias que acontecem sem que o paciente saiba quem é o médico que lhe operou; a falta de comunicação com o paciente para que este saiba com detalhes quais os resultados dos procedimentos que estão sendo realizados; a falta de comunicação para que o paciente saiba que tipo de medicamento está tomando. Mesmo considerando a atitude passiva e a submissão dos pacientes devido à fragilidade por estar doente e internado, ainda existe a necessidade de confiança entre o profissional de saúde e o paciente.

Atendimento à criança hospitalizada

O atendimento à criança é algo bastante complexo no ambiente hospitalar. É uma relação não só desconhecida, mas também triangular, porque envolve os pais da criança. Existe uma necessidade maior de envolvimento justamente porque a comunicação e a resolução das necessidades acontece muito mais pelos afetos. Os limites das crianças para a dor são menores e é muito difícil para elas, e também para os profissionais de saúde, lidar com a mesma. Ao tratar de uma criança, o profissional precisa de um maior equilíbrio emocional. Já quando o paciente é adulto, a comunicação acontece através da racionalidade que, além de ser mais conhecida e menos complicada, requer também um menor envolvimento emocional.

Esse espaço desconhecido na relação com a criança passa a ser uma oportunidade para uma reavaliação da prática médica quando se introduz a figura do palhaço. Faz com que o profissional perceba que não sabe tudo e acaba por refletir a sua impotência e a sua necessi-



dade de aprender mais. A criança passa a abrir uma porta para ajudar e lembrar o profissional de saúde de que existe uma necessidade de superar dificuldades e desafios. O profissional passa para o lugar do não saber, do desconhecido, do não racional, e acaba saindo do ritmo que ele tem o costume de seguir (MASETTI, 2003).

Já o palhaço faz o trabalho de professor, aponta os caminhos para que o profissional promova o riso. Ele ensina através de brincadeiras e sem falar. A criança, junto com o palhaço, abre passagem para a força da vida, como se fosse um caminho para os médicos se relacionarem e se envolverem emotivamente, para que no final do trabalho eles não deixem as emoções ocuparem banheiros, salas médicas ou travesseiros (MASETTI, 2003).

DEFININDO O RISO E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE

O riso

A definição do riso a princípio parece ser algo simples, mas não é. Até mesmo os especialistas que estudam o assunto encontram ainda dificuldade de arranjar uma definição. Essa tarefa talvez pudesse ser mais fácil se o riso não tivesse tantas causas. Afinal, rimos em tantas situações diferentes e com tanta frequência que em cada uma delas o riso poderia ter uma definição. O riso pode acontecer devido a uma surpresa, a uma vitória ou mesmo a um final feliz.

Segundo Holden (2005), o riso é um tipo benéfico de pressão e de estresse que ajuda a prolongar a vida, além de causar o relaxamento. Rir libera adrenalina³, noradrenalina⁴ e catecolaminas⁵. Essas substâncias

³ Hormônio natural segregado pelas cápsulas suprarrenais, em resposta aos sinais emitidos pela parte simpática do sistema nervoso autônomo. Este fenômeno fisiológico ocorre em situações de stress, exercício físico ou situações emotivas (HOLDEN, 2005).

⁴ Neurotransmissor encontrado nas terminações dos nervos simpáticos, com função vasoconstritora generalizada, além de outras, com efeitos metabólicos semelhantes aos da adrenalina, mas de extensão menor (FERREIRA, 1986).

⁵ Neurotransmissores cerebrais encarregados de levar a informação ao sistema nervoso (HOLDEN, 2005).



estimulam o coração, elevam a tensão arterial, relaxam certos músculos e contraem outros, melhoram o fluxo sanguíneo, reduzem inflamações, apressam o processo de cicatrização e melhoram a condição geral do organismo. Isso deixa bem claros os benefícios que o riso traz para o corpo, além de poder ser um grande auxiliar terapêutico.

Holden, no seu livro *Rir ainda é o melhor remédio*, diz: “Rir é uma forma de energia barata, econômica, que não polui o ambiente e que pode ativar e animar nossa constituição física” (2005, p. 42).

Masetti (2003) assinala que para Espinosa, filósofo holandês do século XVII, a força dos encontros está quando há uma interação entre um corpo e outro, entre as ideias, e assim esse encontro pode formar um corpo mais potente, ou tirar um pouco dessa potência de agir do outro. Os efeitos dessa troca geram paixões, alegres ou tristes; isso vai depender da troca. Quando uma paixão é alegre, ela aumenta o nosso poder de ação, aumenta a nossa potência. Já quando ela é triste, ameaça a nossa coerência e diminui a nossa energia.

O riso e a saúde (fisiologia)

Segundo Adams, em seu livro *Patch Adams: o amor é contagioso* (1999, p. 30), quando se tem um sofrimento grande, existe a necessidade de alívio, e daí a expressão “alívio cômico”.

Há alguns anos, a ligação entre o bom humor e a saúde era algo que ia contra os princípios da ciência, era algo inaceitável. Atualmente, o bom humor é um tema muito discutido na medicina, principalmente na área psiquiátrica. Ele é apontado como um fator importante na melhoria da qualidade de vida, além de prevenir as doenças e facilitar a recuperação de pacientes com doenças graves como, por exemplo, o câncer.

Funes (2001), em seu livro *O poder do riso: um antídoto contra a doença*, assinala que focalizar o riso na área que está doendo traz um alívio significativo da dor, ou seja, o riso como forma terapêutica



alivia a dor. Além disso, o riso reduz o estresse e aumenta a atividade do sistema imunológico. O autor conclui que o riso só faz bem à saúde e influencia em diferentes partes do corpo.

Segundo Lambert (1999),

o riso relaxa o corpo e a mente, fortalece as defesas orgânicas, melhora a circulação e a pressão arterial e libera 'endorfinas', que promovem uma sensação de bem-estar geral (LAMBERT, 1999, p. 22).

Segundo Masetti, o sorriso é um indicador de saúde muito importante dentro do ambiente hospitalar. "O sorriso é um indício de que a vida cabe dentro de um meio asséptico" (MASETTI, 2003, p. 87). O sorriso é visto como um fator de recuperação, pois, além de levar a um aumento de potência, ele leva também a uma conduta ativa quanto à situação vivenciada – ou seja, tira a criança de sua passividade.

Segundo algumas pesquisas, o riso tem um papel muito importante na redução de hormônios envolvidos na fisiologia do estresse, como o cortisol e a adrenalina, melhora a intensidade e melhora as respostas do corpo, reduzindo a dor, melhorando a imunidade e reduzindo a pressão do sangue. As pessoas capazes de se divertir e rir são mais saudáveis e têm mais facilidade de sair de situações de estresse. Quando esses hormônios são encontrados em excesso, eles podem enfraquecer as defesas do organismo, elevar a pressão arterial e, além disso, podem estar criando condições para o desenvolvimento de infecções e doenças cardíacas⁶.

Como já foi citado, o riso fortifica o sistema imunológico, estimula funções cardiovasculares e libera endorfinas, substâncias que aliviam a dor. Quando rimos, estamos não só melhorando no aspecto emocional, mas também no físico, mental e espiritual. O riso atinge de várias maneiras as diferentes partes do corpo. No coração, acelera o ritmo cardíaco, podendo chegar a 120 batimentos por minuto. Com isso, o sangue circula melhor e ocorre um aumento significativo na

⁶ Baseado no site <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/nomhumor.html>.



oxigenação de células, tecidos e órgãos. Nos pulmões, a respiração acelera e, assim, há maior absorção de oxigênio pelos pulmões. Com essa maior ventilação pulmonar, elimina-se o excesso de dióxido de carbono e vapores residuais, o que promove uma limpeza. A continuidade da prática de rir resulta num aumento da tonicidade pulmonar. Nos vasos sanguíneos, devido à aceleração do ritmo cardíaco, mais sangue é bombeado e, dessa maneira, os vasos sanguíneos são dilatados, causando uma redução na pressão arterial. Os músculos abdominais, por serem os mais usados durante uma gargalhada, acabam por massagear todo o sistema gastrointestinal, causando uma melhora na digestão e nos órgãos excretórios. No sistema imunológico, os níveis de hormônio do estresse baixam, há menos cortisol e adrenalina circulando no organismo e, portanto, o sistema imunológico passa a ser fortalecido⁷.

A UTILIZAÇÃO DO HUMOR COMO TERAPIA ALTERNATIVA

História

A Terapia do Riso já era praticada mesmo antes da utilização desse nome de fantasia. Lambert (1999) nos mostra um pouco da história, assinalando que Hipócrates, considerado o pai da medicina, durante o século IV a.C., já utilizava animações e brincadeiras na recuperação de pacientes. Graças a sua teoria, a influência dos afetos sobre o organismo foi incorporada à medicina já no início do século XII. O mesmo autor afirma que Darwin, em seus estudos dos movimentos expressivos da comunicação não verbal, assinalou que o sorriso e o riso são movimentos expressivos inatos e universais e que Freud, em *A graça e suas relações com o inconsciente*, de

⁷ baseado no site <http://www.ondeir.rec.br/saude/av14.asp>.



1916, afirmava que a cena cômica e o riso decorrente da mesma melhoravam a saúde física e mental.

O que é a Terapia do Riso

Em entrevista concedida a Angelo Medina⁸, Eduardo Lambert assinala que a terapia do riso ou risoterapia é um método terapêutico que foi propagado por Patch Adams, que desde a sua época de estudante já implantava este método em hospitais e escolas. Essa terapia surgiu a partir de suas observações que constatavam o baixo estado de alegria e de humor em seus pacientes. Então, resolveu introduzir a terapia do riso, isto é, um descondicionamento de atitudes e hábitos perniciosos arraigados na personalidade para viver com amor e felicidade, envolvendo autoestima, amor-próprio e o bom humor. Essa “arte de cuidar” de Adams consiste na utilização de jogos e brincadeiras como recurso terapêutico no ambiente hospitalar.

A Risoterapia ou a Terapia do Riso, como é mais conhecida atualmente, é considerada por Lambert (1999) uma terapia bilateral, porque envolve a comunicação não só consigo mesmo, mas também com o outro. Ela é benéfica para quem sorri e para quem recebe o sorriso.

E Lambert também destaca que o uso dessa terapia não requer custo, ou seja, é de graça, e que também pode ser praticada por qualquer pessoa independente de idade ou de sexo.

A expressão demonstrada quando estamos alegres ou quando sorrimos tem um caráter terapêutico que é despertado, primeiramente, em quem sorri e depois nos outros – para quem se dirige o sorriso. Isso ocorre principalmente quando a pessoa que recebe o sorriso necessita de um pouco de otimismo, de bom humor e de saúde, que é o caso das pessoas que se encontram internadas em hospitais, independente de quanto tempo isso dure (LAMBERT, 1999).

⁸ Ver site da Vya Estelar: http://www1.uol.com.br/vyaestelar/vya_estela60.htm.

Segundo o mesmo autor, para que se consiga o relaxamento e seja exercido seu efeito terapêutico, o riso e o sorriso precisam ser positivos, verdadeiros, espontâneos, alegres, que contagiem verdadeiramente a sensação de bem-estar.

O estudo do riso

O riso utilizado como agente de cura é objeto de trabalho e principalmente de pesquisa de muitos outros profissionais espalhados pelo mundo. Lambert assinala alguns autores como Frans Alexander, do Instituto de Psicanálise de Chicago, que teve como resultado de suas pesquisas, em 1987, o seguinte: “O caráter liberador do riso é um meio de se extravasar as tensões e de se evitar as doenças psicossomáticas” (LAMBERT, 1999, p. 13). Lambert assinala, também, uma pesquisa realizada na Alemanha pelo Departamento de Psicologia de Dusseldorf que comprovou o benefício do riso dizendo que “rir é tão bom para o organismo quanto praticar esportes” (ibidem).

PATCH ADAMS E OS DOUTORES DA ALEGRIA

O despertar pelo cuidado

Segundo Adams e Mylander (2002), o médico norte-americano Hunter Adams, mais conhecido como Patch Adams, nomeado assim por seu colega no sanatório, descobriu seu interesse pela medicina ainda jovem. Quando tinha nove anos, Patch Adams perdeu seu pai, Oficial do Exército, que sofria de tensão pós-traumática e morreu de repente com um ataque do coração. Patch, sua mãe e seu irmão foram morar com uma tia e um tio – que virou seu segundo “pai”. Após ter perdido sua namorada e seu pai substituto ter se suicidado, Patch Adams ficou



diariamente obcecado pelo suicídio – chegando até a tomar enormes quantidades de aspirinas achando que isso o levaria a morte. Após isso, pediu à mãe para ser internado em uma clínica psiquiátrica onde permaneceu por duas semanas. O tempo dentro da clínica foi decisivo para sua vida e deixou bem claro que as pessoas que mais ajudaram para sua melhora não foram os médicos, e sim a própria família e os amigos, inclusive os feitos na própria clínica. Patch Adams observou que ninguém visitava o seu colega de quarto Rudy e pôde perceber, desse modo, o quanto a solidão e a falta de amor afetavam as pessoas. Com base nessa experiência, Patch Adams percebeu o quanto era amado pela família e pelos amigos que o visitavam e decidiu que precisava ser aberto para receber amor. Durante a sua estadia na clínica, Patch Adams observou que a melhor maneira de esquecer seus próprios problemas é cuidando do próximo e melhor ainda se isso for feito com amor e muito bom humor. Depois de dez a doze dias de internação, disse à mãe dele que já poderia sair, pois já estava bem. A mãe nunca acreditou que seu filho precisasse de um sanatório. O psiquiatra achou que Patch Adams precisava permanecer mais tempo no sanatório, mas ele quis partir, e partiu contra o conselho médico.

A escolha pelo curso de medicina foi motivada porque ele queria entender como eram oferecidos os cuidados de saúde a outros seres humanos. Ele buscava entender como as pessoas cuidavam de outras. Logo depois de sair da clínica, Adams começa a cursar a faculdade de medicina na Virginia Medical University, onde se torna conhecido pelo seu comportamento excessivamente feliz e apaixonado por seus pacientes. Por esse mesmo motivo, ele se torna alvo de críticas de seus professores. No último ano, Adams começou a fazer críticas em voz alta e isso passou a ser visto como uma ameaça para a escola. Ele teve uma briga com um decano assistente que o ameaçou de não se formar e escreveu num memorando como justificativa o fato de ser “excessivamente alegre”.

Ao término de sua faculdade, em 1971, o médico alugou uma casa de três ou quatro quartos na Virginia, nos EUA, que se tornou o Instituto Gesundheit, o qual, segundo Adams e Mylander (2002),



significa em tradução literal “boa saúde”. Nessa casa moravam seus amigos estudantes de medicina, suas esposas e filhos e também ficavam hospedados pacientes internados. Seu projeto baseava-se em ter um local para atender pacientes sem distinção de cor, raça, idade etc. Ele queria que a medicina deixasse de ser vista como um negócio, por isso todo atendimento era gratuito. Já com os Doutores da Alegria, tudo começou em 1986, no Columbia Presbyterian Hospital de Nova Iorque. O ator, cofundador e diretor artístico do Big Apple Circus de Nova Iorque (uma das maiores organizações culturais sem fins lucrativos dessa cidade), Michael Christensen, apresentou o “Dia do Coração”. Esse evento celebrou a recuperação das crianças que passaram pela cardiologia pediátrica. Michael parodiou rotinas médicas fazendo transfusão de *milk-shake*, transplante de nariz vermelho e fez bolhas de sabão com um estetoscópio e, como era de se imaginar, conquistou o coração do público. Esse novo trabalho teve resultados tão positivos que passou a ser implantado em 17 dos mais importantes hospitais americanos.

O Big Apple Circus deu origem ao Clown Care Unit que tem hoje artistas treinados para levar alegria a crianças internadas de hospitais de Nova Iorque, Boston, Washington e Seattle. Contagiados pelo programa, artistas que trabalharam com esse grupo nos Estados Unidos criaram programas irmãos na França e na Alemanha.

Já no Brasil um programa similar teve início com Wellington Nogueira. Em 1991, depois de trabalhar como ator durante nove anos em Nova Iorque, Wellington Nogueira retornou ao Brasil com o sonho de fundar aqui os Doutores da Alegria. Nogueira enfrentou dificuldades, principalmente porque colocar um palhaço dentro de um ambiente hospitalar no Brasil era algo totalmente novo. Em maio desse mesmo ano, o Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, um hospital público de São Paulo, que passava por um processo de reformulação e modernização dos conceitos e da qualidade no atendimento aos seus pacientes, comprometeu-se com a causa da humanização hospitalar, acompanhando uma tendência amplamente disseminada entre hospitais americanos e europeus, percebendo assim que um paciente feliz tem predisposição para a cura. Em setembro de 1991, numa



iniciativa pioneira do hospital, em parceria com Nogueira, teve início o programa brasileiro batizado com o nome de “Doutores da Alegria”, oficialmente afiliado a Clown Care Unit do Big Apple Circus (MASETTI, 2003; *site* oficial dos Doutores da Alegria).

Os Doutores da Alegria é uma organização artística que leva artistas de teatro e das ruas para atuar dentro dos hospitais. Quando o grupo começou o trabalho, a figura do palhaço no hospital era algo bastante incomum e justamente por isso tiveram dificuldade de aceitação.

O início aparentemente diferente dos dois grupos – Patch Adams e o grupo Doutores da Alegria – esconde uma semelhança que chama bastante atenção: as dificuldades enfrentadas por querer levar o bom humor para dentro dos hospitais. Assim como Patch Adams foi criticado pelo seu humor excessivo e sua forte ligação com os pacientes, os Doutores também tiveram que encarar um modelo biomédico resistente a novas práticas no hospital. Patch resolveu criar seu próprio instituto, não só por causa das críticas, mas também por outros objetivos, como sua visão anticapitalista. Os Doutores, por outro lado, pelo não uso terapêutico de sua arte, conseguiram ganhar um pequeno espaço nos hospitais.

O trabalho

A terapia do riso, como é conhecida a terapia de Patch Adams, na verdade, é uma Terapia do Amor, segundo assinalam Patch Adams e Maureen Mylander (2002). Na terapia não é só utilizado o bom humor, mas também a cumplicidade, a compaixão e o envolvimento, e foi inspirada na trabalho da enfermagem. Para Patch Adams, curar não é apenas receitar medicamentos ou terapias, mas também trabalhar com o doente, compartilhar com ele o espírito de alegria e cooperação. O que ele quer é substituir a hierarquia existente, baseada na titulação, para poder ter um grupo de profissionais de saúde – médicos e enfermeiras – trabalhando com um espírito de grupo e com gentileza.



Como Patch Adams disse em sua entrevista para a TV Cultura (2007), o médico, o faxineiro e outros profissionais do hospital deveriam ter o mesmo salário.

Patch Adams é muito mais conhecido atualmente pela imagem de Robin Williams, que atuou no filme “Patch Adams: o amor é contagioso” e o tornou famoso. Patch Adams teve que se render à mídia para poder divulgar seu instituto e com isso arrecadar fundos para continuar seu trabalho. No entanto, o próprio Adams criticou o filme em entrevista ao programa Roda Viva da TV Cultura, exibida em 05/11/2007, pois fugiu bastante da realidade por ter um objetivo comercial.

Muitas pessoas que só o conhecem através do filme acham que seu trabalho só acontece nos hospitais e se limita a visitar pacientes internados vestindo sua roupa de palhaço. Apenas aqueles que leram o livro *A terapia do amor – trazendo saúde com a melhor das terapias: humor e alegria* (ADAMS; MYLANDER, 2002) ou puderam ter algum contato com suas palestras e entrevistas são capazes de entender o verdadeiro trabalho de Adams, seja como palhaço, mas principalmente como ativista político. Somente em suas entrevistas e palestras Patch consegue se mostrar de verdade, já que a mídia prefere “suavizar” seu trabalho por se tratar de temas muito polêmicos.

Para Adams, compaixão, envolvimento, empatia e humor devem ter tanta importância quanto medicamentos e avanços tecnológicos. Atualmente, o principal objetivo de Adams é mudar o mundo por meio da generosidade e do amor. Ele e seu grupo de palhaços viajam pelo mundo inteiro para áreas críticas de guerra, miséria, onde existem epidemias, para mostrar suas ideias antiglobalização e anticapitalista, e espalhar alegria que, segundo ele, é a melhor maneira de prevenir e tratar muitas doenças. Patch Adams e seu grupo já viajaram para a China, Itália, Tibet, Argentina, Camboja, Rússia, Afeganistão, Bósnia, entre outros lugares, coerentes com a suas ideias (ADAMS, 1999; ADAMS e MYLANDER, 2002; TV Cultura, 2007).

Vale lembrar que Patch Adams esteve no Brasil apresentando suas palestras em São Paulo e no Rio de Janeiro em setembro de 2007.



Já para o grupo Doutores da Alegria, segundo Masetti:

Um palhaço e uma criança se encontram. O cenário que os envolve é pintado de branco e azul. Nele há aparelhos computadorizados e luzes que piscam, ligadas a um incontável número de fios que dão ritmo ao andar das pessoas que ali trabalham. O espaço da cama da criança delimita esse encontro. Envolta pelos lençóis arrumados e dentro das grades que a protegem, a criança enfrenta um desafio: viver. Ele está sendo cumprido ao ritmo dos aparelhos, na velocidade dos homens e dentro do mistério que habita seu pequeno corpo. O palhaço crê na força desse encontro. Acredita que brincar é a melhor forma de encontro e que estes não têm tempo definido para acontecer; dependem da intensidade dos olhares e da permissão para o jogo. E aqui o jogo já começou e nele é difícil dizer quem brinca com quem. Tão intenso que brincar, nesse encontro, é sinônimo de viver. (2003, p. 35).

O trabalho dos Doutores da Alegria consiste em visitar crianças e adolescentes hospitalizados de 0 a 21 anos, independente da gravidade do motivo de internação. Deve ser lembrado que a faixa de idade do adolescente foi estendida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 17 anos e 11 meses para 21 anos. São hospitais públicos e pediátricos com no mínimo trinta leitos pediátricos em funcionamento. Eles priorizam hospitais que possuem grande quantidade de profissionais em formação, que estão estagiando e ainda na faculdade. Eles vão até as unidades duas vezes por semana e seis horas por dia durante 11 meses do ano, levando a linguagem do palhaço como forma de expressão. São atores profissionais que vão fantasiados de palhaços e com um jaleco de médico e fazem consultas “besterológicas” com as crianças. Eles se inspiram na rotina médica e a adaptam para a linguagem do palhaço, ou seja, um palhaço que finge ser médico para tratar as crianças.

Os palhaços não só brincam com as crianças, mas também conversam, mas isso varia muito de criança para criança. Os Doutores levam a figura do palhaço vestido de médico e realizam suas “consultas” interagindo com as crianças, que são seus pacientes, com seus

responsáveis e os profissionais de saúde. Os Doutores visitam sempre as crianças que estão acompanhadas de seus responsáveis e evitam entrar nos leitos onde as crianças estão desacompanhadas por não saber se a criança tem medo e para evitar que tenham qualquer reação negativa.

Muitas crianças viram um palhaço pela primeira vez com a presença dos Doutores. Quando uma criança sorri a partir de um encontro com o palhaço, significa que ela conseguiu transformar o seu sofrimento e suas dificuldades em alegria (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

A escolha do palhaço como personagem para esse trabalho surgiu por ser uma figura muito conhecida por todos e que consegue permissão para entrar onde quer e dizer o que quer, justamente por não ter a menor credibilidade. Com isso, os Doutores usam o poder máximo do hospital, isto é, o médico, e colocam o jaleco branco. Assim, eles agem como se utilizassem o poder do médico para poder trabalhar da maneira que acreditam ser boa para aquele ambiente, podendo também subverter a relação de hierarquia que existe dentro dos hospitais. Outro ponto importante é que, dessa maneira, eles passam a ter um tipo de relação com a criança, com seus responsáveis e com os profissionais de saúde que o médico tem, isto é, de ser escutado, e que o palhaço, por estar vestido como ele, passa a ter também (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Os Doutores da Alegria acreditam que essa figura do palhaço, de fracassado, faz com que ele possa ser uma espécie de “válvula de escape” para as crianças, e isso é um ponto muito importante no trabalho deles. O fato de as crianças poderem dizer “não” aos palhaços e eles irem embora e voltar num outro momento, ou de deixar que os Doutores façam o que a criança quer, justamente por ser um profissional diferente, cria um laço de confiança entre eles. Com essa ideia, a figura do “besterologista” aponta um caminho de brincadeira com o objetivo de que a criança saia da sua condição de “paciente”, de passiva, e passe a construir algo junto como eles (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).



Os Doutores têm o interesse de impregnar essa filosofia, pois acreditam na importância do relacionamento entre o médico e o paciente, principalmente porque essa figura ficou um pouco fria e bastante criticada atualmente. Esses profissionais que antigamente apresentavam uma resistência ao trabalho dos Doutores da Alegria dentro do hospital criaram um departamento especial. Assim como existem os departamentos de psicologia, de pediatria, agora existe também o departamento dos Doutores da Alegria. Aí está a importância de não entrar no hospital de qualquer maneira, e sim interagindo com esses profissionais. Os “besterologistas” buscam rever a hierarquia do hospital, tentam rever a maneira de se relacionar com o paciente (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Masetti (2003) diz que a maior contribuição dos Doutores da Alegria talvez seja tocar a medicina atual, não como uma crítica, mas atraindo os profissionais de saúde para se ligarem a algo de que a alma humana necessita: a atenção.

Os Doutores da Alegria conseguem fazer com que as equipes de profissionais muitas vezes façam uma reflexão sobre as suas próprias relações profissionais. Muitos profissionais da área acabam por manifestar o desejo de ter as habilidades que os palhaços têm, já outros lamentam não ter espaço para exercer as habilidades artísticas que possuem dentro do hospital. Assim, o palhaço estimula a vontade dos profissionais de se relacionarem com toda a sua potência.

O teatro utilizado dentro do hospital não é o mesmo que os atores utilizam nos palcos, sendo necessário que os palhaços façam uso de um teatro adaptado. O motivo pelo qual o teatro sofreu as adequações para entrar num hospital foi justamente a diferença entre esses dois “espetáculos”. Quando se entra em palco, o artista está a uma determinada distância de seus telespectadores e se apresenta para muitas pessoas, já no hospital ele está bem próximo e se apresenta somente para uma pessoa de cada vez. Outra grande diferença é o ambiente. Quando se faz uma peça teatral, as pessoas pagam para ir ao espetáculo, já os Doutores da Alegria entram no ambiente hospitalar



desse paciente sem nenhuma cobrança (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Os Doutores utilizam em sua atuação a transformação de algum acontecimento aparentemente negativo em objeto de trabalho para poder levar ao riso ou atingir outro patamar emocional. Algumas ações são incorporadas no trabalho e transformadas em potência através da ação, como, por exemplo, o fato de o palhaço levar um tombo ou ouvir um “não” por parte da criança.

Uma condição bastante importante para que os Doutores entrem no hospital é que, antes de tudo, eles percebam que o ambiente tem uma filosofia e um corpo clínico capazes de absorver a prática do grupo. Eles não têm o objetivo de criar um departamento no hospital; eles querem, acima de tudo, trabalhar em parceria com os profissionais de saúde. Esse critério faz com que, antes de se instalarem no hospital, os Doutores da Alegria tenham um longo processo, com palestras e conversas com as equipes médicas, para que possam virar parceiros, pois assim como os médicos e enfermeiros eles também têm como objetivo a promoção da saúde. Outra condição importante é que o horário de visita dos palhaços já seja preestabelecido, ou seja, os palhaços não entram quando um profissional de saúde está com a criança ou dando uma medicação e vice-versa. Eles respeitam um ao outro e quando um está com a criança o outro aguarda até que possa entrar (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

A visita dos palhaços não é diária porque o hospital é um ambiente bastante insalubre, ou seja, existe um limite de tempo para ficar lá a fim de continuarem saudáveis, para se estar bem e continuar fazendo um trabalho de qualidade. Um dos grandes problemas hoje é a carga horária do profissional de saúde que, por passar muito tempo dentro do hospital, acaba tendo problemas sérios como depressão, por exemplo. Para que isso não ocorresse com os Doutores da Alegria, eles fizeram um estudo do tempo que eles podiam permanecer no hospital e continuar levando alegria e não se transformar em um profissional burocrata.



Como resultado dessa pesquisa, eles decidiram que deveriam trabalhar duas vezes por semana, no máximo três, caso tivessem que substituir algum outro palhaço (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

As crianças deixam bem claros a vontade e o desejo de rever os Doutores. Assim, as crianças saem da sua passividade, passam a ter expectativa, a ter um objetivo durante a situação de sua doença. Os Doutores observam que os pacientes com um objetivo de vida apresentam melhores índices de recuperação física (MASETTI, 2003).

Após as idas aos leitos, os Doutores sempre deixam um nariz de palhaço ou adesivos coloridos – algo como lembrança. Isso serve para que as crianças relembrem daquele momento e para que possam se motivar a melhorar, que lembrem que, mesmo estando doentes e na ausência do palhaço, ainda podem acreditar na sua capacidade de brincar (ibidem).

Um dos fatores de sucesso mais evidentes nos Doutores é a utilização do bom humor e da brincadeira como forma de comunicação – como recurso da linguagem de contato. Uma crença muito importante é que, por mais grave que seja o caso da criança, continua a existir ali uma vontade de brincar. O trabalho do palhaço, nesses casos, é aceitar os resultados apresentados sem julgar valores, mas como um desfecho possível (ibidem).

Um dos dados do livro de balanço dos Doutores da Alegria (2006) é o total de visitas realizadas, no Brasil. Em 2006, foi de 64.545 e desde a sua fundação, de 1991 a 2006, foram realizadas 472.222 visitas a crianças hospitalizadas.

Um dos fatos mais importantes no trabalho dos Doutores é a capacidade de olhar. Segundo a entrevistada dos Doutores da Alegria, a grande dificuldade quando um artista entra para o treinamento dos Doutores é justamente essa capacidade de olhar e de poder se relacionar com o que acontece naquele momento presente. Eles buscam construir através do olhar, onde a criança aponta como necessidade, e é aí onde eles atuam, e isso coloca tanto o palhaço quanto a criança em

condições de igualdade. Os “besterologistas” não estão lá para fazer um show, e sim para construir algo a partir da troca de olhares, para colocar a criança como potente, ou seja, como ativa, tirá-la da sua passividade, o que é um grande diferencial no trabalho deles (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Diferente de Patch Adams, os Doutores não buscam os efeitos terapêuticos do riso com esse trabalho; eles têm a preocupação de que aquele instante com o paciente seja vivido verdadeiramente, que seja construído algo naquele momento. Não se preocupam se o paciente continuará internado na outra semana ou não; eles querem dar alegria e viver o presente. Caso eles estejam ainda no hospital na outra semana, aí será uma nova consulta. Masetti (2003) fez um estudo que aponta os caminhos do benefício dos “besterologistas” na saúde das crianças internadas. Ela assinala que as crianças passam a aceitar melhor os medicamentos, melhoram seu relacionamento com os profissionais de saúde, se alimentam melhor e diminuem o seu tempo de internação. Por mais que o objetivo do trabalho dos Doutores da Alegria não seja a cura, as pesquisas de Masetti acabam apontando para esse caminho. No entanto, o único objetivo dos Doutores é levar alegria a crianças hospitalizadas juntamente com os pais e profissionais de saúde, fortalecendo a linguagem do palhaço como forma de expressão, e não com fins terapêuticos. Ainda deixam bem claro que não existe influência nem de Patch Adams e muito menos da Terapia do Riso (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Na entrevista com os Doutores da Alegria, foi perguntado se eles se consideravam profissionais de saúde. A resposta foi que eles se consideram profissionais de saúde se se levar em conta o trabalho pela promoção à saúde. No entanto, há dois problemas que impedem que eles sejam considerados profissionais desta área. Um deles é o objetivo de cura e outro, a formação recebida (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Esse é um ponto que merece destaque, já que não é necessário ser um profissional de saúde para poder trabalhar pela promoção da



saúde. Qualquer pessoa é capaz de promover a saúde, sendo ela profissional dessa área ou não.

Existe um desconhecimento do processo de formação e desenvolvimento do artista por parte da sociedade. Existe também um esquecimento de que ele estuda e se forma para essa prática assim como qualquer outro profissional. Essa não crença na capacidade do trabalho desenvolvido pelos artistas (palhaços) surge como um desabafo na entrevista realizada com a Coordenação dos Doutores da Alegria.

Os Doutores da Alegria têm entrada garantida nos hospitais onde trabalham graças ao seu caráter não terapêutico. No entanto, são justamente esses efeitos terapêuticos que acabam por garantir a sobrevivência do trabalho.

Os atores do grupo trabalham com um conceito do filósofo Espinosa, que diz que a alegria é resultado de uma comunicação bem estabelecida. O palhaço passa a fortalecer a potência da criança e se fortalece também; então eles passam a compartilhar com a criança seja a alegria ou a dor (MASETTI, 2003).

O modelo biomédico atualmente implantado e a constante mecanização da medicina são dois dos principais problemas que afetam a relação médico-paciente. Assim como Patch Adams, os Doutores da Alegria buscam também maior integração dos profissionais de saúde com seus pacientes, uma alteração naquilo que vem da formação dos próprios profissionais. Ambos buscam com seu trabalho tocar os profissionais e a maneira com que trabalham. Muitas semelhanças chamam a atenção no trabalho desses dois grupos. Entre elas podemos apontar o uso da figura do palhaço, que no caso dos Doutores foi algo propositalmente escolhido para facilitar a entrada nos hospitais, e já com Patch é muito mais pelo lado da figura engraçada e que provoca risos nas pessoas. É muito importante destacar também que os dois grupos têm como foco "atingir" a hierarquia existente no hospital a fim de influenciar e mudar a maneira como os profissionais se relacionam com seus pacientes e colegas de trabalho.



Já as diferenças entre os dois grupos são bem maiores. Os Doutores somente atuam em hospitais da rede pública, enquanto Patch Adams não leva o seu trabalho somente para dentro de hospitais, ele tem o seu próprio instituto, o Instituto Gesundheit, onde aplica a medicina que acha correta. Mas, atualmente, Patch Adams atua muito mais como ativista político que procura difundir suas ideias anticapitalistas e antiglobalizantes pelo mundo, buscando implementar uma nova forma de cuidar viajando por lugares onde há pobreza, guerra, prisão, para oferecer-lhes compaixão e amor.

Patch é contra o afastamento ético, por medo da transferência⁹. Segundo ele, os profissionais de saúde devem interagir e tratar com mais carinho seus pacientes. Outra diferença é que os Doutores fazem o uso do teatro em seu trabalho, apresentando-se como um personagem. Já Patch se apresenta sendo ele mesmo, por mais que esteja fantasiado de palhaço. Ele conversa com seus pacientes, como pessoa, e não como um personagem.

A diferença também pode ser vista nos pacientes. Enquanto os Doutores da Alegria se restringem ao grupo de crianças e adolescentes, Patch Adams não faz restrições de idade. A visão dos dois trabalhos também é diferente; os Doutores não têm fins terapêuticos com esses trabalhos, não procuram um benefício na saúde, por mais que o acompanhamento de Masetti (2003) aponte para os impactos positivos na saúde dos pacientes. Patch Adams acredita no poder que a alegria e o amor têm sobre a saúde e talvez esteja justamente aí a sua dificuldade de levar esse trabalho para dentro dos hospitais e de ser aceito pelo modelo biomédico. No entanto, os próprios Doutores da Alegria sabem que, por mais que não busquem benefícios na saúde de seus pacientes, são justamente esses benefícios que permite que o grupo continue com esse projeto.

Um aspecto bastante importante é a separação do trabalho dos Doutores com os profissionais de saúde dentro do hospital. Eles

⁹ Deslocamento do afeto de uma pessoa ou uma ideia para a outra; em psicanálise, geralmente se aplica à projeção de sentimentos, pensamentos e desejos para o analista, que passou a representar alguma pessoa do passado do paciente (STEDMAN, 1996).



nunca trabalham juntos, e é justamente isso que o Patch Adams busca: formar profissionais de saúde com uma melhor relação entre seus pacientes, ou seja, um profissional preparado para dar alegria, amor, companheirismo e compaixão a seus pacientes. Para Adams, o bom humor é somente o contexto para seu trabalho, já para os Doutores ele é a forma de comunicação, a base para se estabelecer uma relação.

Outro tópico importante é a capacidade de olhar dos Doutores que, segundo eles, é o mais importante nas visitas, enquanto para Patch Adams o mais importante é tocar o paciente, fazer uma massagem, ouvir, fazer com que ele sinta uma relação de amizade. Mas na entrevista que Patch Adams deu à TV Cultura (2007) ele enfatizou também a importância do olhar e de estabelecer uma relação com o paciente.

A formação

Para fazer parte do elenco dos Doutores da Alegria, é necessário ser ator profissional, ou seja, ser formado em artes cênicas e com especialização na máscara do palhaço. A organização não oferece formação do palhaço. O candidato selecionado faz um treinamento por meio de duas oficinas e depois vai para o hospital com um palhaço que já trabalha no grupo. Durante os três primeiros meses os palhaços recebem aulas dos princípios do trabalho no hospital, como trabalhar com o corpo no espaço, a maneira de se relacionar e como adequar o trabalho do palco para o hospital. Feito isso, eles fazem uma avaliação para ver como está o trabalho do candidato. Se estiver bom, ele continua; caso contrário, ele sai. O treinamento do palhaço dura um ano, mas só se considera o palhaço plenamente habilitado após três anos. Depois que o palhaço entra para a organização, ele passa a trabalhar em trio, dois palhaços novos trabalhando com um já antigo. Após um ano atuando com outros palhaços, ele desenvolve um trabalho artístico, durante 11 meses, dentro de um hospital, com um foco específico, por exemplo, atuando na música, na palhaçaria



clássica, entre outros. Esse trabalho artístico muda com o tempo. Os Doutores da Alegria recebem remuneração e parte do que recebem é investido individualmente para ter um melhor preparo para esse trabalho, por exemplo, investem em aulas de música (Entrevista com a Coordenação dos Doutores da Alegria).

Já no Instituto Gesundheit, criado por Patch Adams, trabalham voluntários de várias áreas, desde jardineiros e cozinheiras até médicos, que são os que proporcionam os devidos cuidados aos pacientes gratuitamente. O Instituto recebe voluntários para trabalhar em diversas áreas, mas também recebe muitos estudantes e médicos já formados com interesse em sua prática. É um lugar de referência para profissionais da medicina e de voluntários do mundo todo, que apresentam interesse nessa proposta, e com isso ajudam a espalhar essa nova prática da medicina. Portanto, para trabalhar com Patch Adams, seja em seu instituto ou viajar com ele para áreas que necessitem de suas visitas, não é preciso ter nenhuma formação específica, limite de idade e muito menos experiência. Todos os que trabalham com ele são voluntários. Patch Adams, inclusive, divulga no *site*¹⁰ de seu instituto editais para convocação de voluntários para as viagens pelo mundo.

Essa diferença mostra que Patch Adams não quer somente interferir no modelo biomédico e se preocupa muito mais em difundir seus ideais políticos e espalhar o seu amor e sua alegria pelo mundo juntamente com seus voluntários. Nesse aspecto, podemos observar que os Doutores da Alegria têm um processo de preparação rigoroso para o trabalho que irão realizar e assim não correr o risco de entrar num ambiente hospitalar sem ter conhecimento da filosofia existente nele, enquanto para os voluntários seguidores de Patch Adams não se cobra tanto o conhecimento, já que as atividades que realizam não são feitas no mesmo ambiente.

¹⁰ <http://www.patchadams.org/>



Financiamento

O grupo Doutores da Alegria é financiado pela Lei de Incentivo à Cultura do Ministério da Cultura do Brasil, onde pessoas físicas ou jurídicas revertem parte do imposto cobrado pelo governo para o grupo. Isso funciona como um patrocínio. Além disso, existem doações de pessoas físicas através do *site*, patrocinadores, parceiros e apoiadores do grupo, e ainda arrecadam recursos com a venda de produtos como blusas, vídeos, kits, espetáculos e palestras.

O grupo realiza reuniões como se fosse uma prestação de contas para mostrar como estão usando os recursos. Uma vez ao ano, encontram-se todos os palhaços de todas as unidades dos Doutores espalhados pelo Brasil em um evento chamado “Que palhaçada é essa”. Essa reunião tem o foco mais artístico, em que os palhaços apresentam seus espetáculos para o público. A cada dois meses, as coordenações artísticas se encontram em São Paulo para saber como está andando o trabalho, como está funcionando a organização, enfim, uma reunião ligada à parte administrativa. E ainda existem as reuniões realizadas às sextas-feiras pela manhã, momento em que o grupo conversa sobre o trabalho que fez durante a semana e avalia o progresso do mesmo.

No caso de Adams, ele precisava investir para construir um hospital, e a saída para arrecadar isso foi a mídia. A princípio, ele temeu, pois a mídia sempre faz uma análise muito superficial e surgiu o medo de que tudo fosse modificado pelo seu lado comercial. O primeiro artigo sobre o Instituto Gesundheit saiu em 1983 e alguns meses depois tomou a primeira página de uma revista. Em 1998, surgiu o filme “Patch Adams: O Amor é Contagioso” e, com isso, o Instituto Gesundheit ganhou as doações de que tanto precisava. Depois, ele passou a fazer palestras que também ajudaram muito para essa arrecadação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou os benefícios que o bom humor pode trazer a pacientes internados, e inclusive o quanto melhora a relação entre médico e paciente quando eles se comunicam. O uso do bom humor na medicina atual, como a praticada pelos Doutores da Alegria, é uma prática em expansão, que não busca ação terapêutica, mas que, contraditoriamente, é justamente por causa de seus efeitos terapêuticos que o grupo pode permanecer no ambiente hospitalar, aparentemente, sem afetar o modelo biomédico tão resistente a mudanças.

O bom humor utilizado como terapia alternativa e sendo implementado nos hospitais como complemento à medicina biomédica, além de melhorar a relação médico-paciente, pode também propiciar uma melhora na recuperação dos pacientes, como foi apontado no trabalho.

As vantagens de se utilizar esse tipo de terapia está justamente no seu baixo custo e por ser de fácil implementação, podendo ainda ser utilizada dentro de hospitais, o que a torna diferente de outras práticas alternativas.

O uso do bom humor não tem somente vantagens, mas também limitações para ser aplicado. A utilização do bom humor não substitui o tratamento médico, nem outras medicinas alternativas, devendo assim ser usada como forma complementar. Outro limite é a dificuldade da formação dos profissionais aptos para esse tipo de trabalho que requer muita dedicação e estudo, e não somente a entrada no hospital de qualquer maneira, dificuldade enfrentada pelos Doutores da Alegria. Enquanto para Patch Adams a grande dificuldade está em conseguir voluntários com compromisso político aliado a uma forte relação com os pacientes, a barreira imposta pelo modelo biomédico para a aceitação dos efeitos terapêuticos do riso e a prática do mesmo dentro dos hospitais é mais uma das limitações existentes.

A humanização no atendimento hospitalar tem sido tema de muitas reflexões. A necessidade de um modelo biomédico que volte a



entender o paciente como pessoa e não como leito é uma constante discussão na área médica e um tema de muita polêmica. Não só Patch Adams e os Doutores da Alegria têm esse objetivo de tocar as pessoas da área médica e fazê-las pensar nesse problema. Muitos profissionais da própria área se colocam a favor dessa humanização, mas talvez por medo de perder seus empregos ou por não acreditar que um modelo biomédico tão resistente possa ceder à integração de terapias alternativas deixam de “lutar” pela causa.

Reflexões semelhantes também foram apontadas e problematizadas por Campos (2003, p. 123-130) por ocasião do 1º Seminário do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde, realizado em junho de 2000. O autor analisa as determinações que caracterizam o mundo humano, as relações entre o conhecimento técnico e ético e sobre a inclusão da humanização nas práticas clínicas em suas dimensões intersubjetivas e éticas. Em 2004, a humanização passou a ser o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, criando-se, assim, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.

Merhy (1997 apud CAMPOS, 2003), defende a necessidade de um profissional dentro do grupo da área de saúde que possa provocar essa discussão. Existe a necessidade de ter alguém disposto a inovar na maneira de cuidar e este tem que ser um profissional influente, para poder tocar os demais e com isso fazer a humanização tão desejada. O receio de encarar o modelo biomédico atualmente implantado não pode atrapalhar a vontade e a necessidade de mudanças para a melhoria dos serviços de saúde. O “trabalho vivo” é do que a medicina atual necessita, algo inovador, criativo, uma melhora nas condições atualmente utilizadas, para se deixar de lado o “trabalho morto”, o trabalho que constantemente é visto e criticado, o trabalho “robotizado” dos profissionais de saúde.

Na ótica do “trabalho vivo” citado por Merhy, podemos incluir os dois grupos estudados nesta pesquisa: os Doutores da Alegria, que atuam em hospitais públicos do Brasil, inovando a arte de cuidar; e

Patch Adams, que viaja pelo mundo levando essa inovação no cuidado na saúde, buscando modificar a medicina praticada atualmente.

É importante destacar também que a grande procura por terapias alternativas é justamente consequência da insatisfação com a medicina oficial (MASETTI, 2003). Recentemente, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971, em 03 de maio de 2006; e nº 1600, de 17 de julho de 2006. Essa política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer e apoiar experiências já desenvolvidas na rede pública, como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e do termalismo-crenoterapia. O PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, principalmente a integralidade da atenção à saúde, além de ser uma abertura a possibilidades de acesso a serviços que antes eram restritos à prática de cunho privado.

O trabalho desenvolvido pelos Doutores da Alegria é mais uma atividade realizada na rede pública de hospitais em São Paulo, Recife, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. No Rio de Janeiro, o grupo visita o Hospital Municipal Jesus, o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ, o Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ.

Considerando essas práticas alternativas agora integradas ao SUS, seria interessante incluir o uso do bom humor como forma de cuidado na saúde como objeto do PNPIC, tendo em vista que se encaixa em todos os objetivos do programa e por ser já utilizado na rede pública apresentando resultados positivos.

REFERÊNCIAS

ADAMS, P. *Patch Adams: O amor é contagioso*. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.



_____; MYLANDER, M. *A terapia do amor: trazendo saúde com a melhor das terapias: humor e alegria*. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Portarias Ministeriais n. 971, de 03 de maio de 2006, e n. 1600, de 17 de julho de 2006.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-30, 2003.

DOCTORES DA ALEGRIA. *Balanço 15 anos – Doutores da Alegria*, 2006.

FERREIRA, A. B. D. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FUNES, M. *O poder do riso: um antídoto contra a doença*. São Paulo: Ground, 2001.

HOLDEN, R. *Rir ainda é o melhor remédio*. São Paulo: Butterfly, 2005. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/bomhumor.html>>. Acesso em: 15 out. 2007.

JORNAL GRANDE TIJUCA. *Tratar brincando é possível?* 2007, ano VI, agosto, nº 70.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, ciência e saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 1, p. 48-70, mar.-jun. 2001.

LAMBERT, E. *A terapia do riso: a cura pela alegria*. São Paulo: Pensamento, 1999.

MASETTI, M. *Boas misturas: a ética e a alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003.

MEDINA, A. *Rir é o melhor remédio*. Disponível em: <http://www1.uol.com.br/vyaestelar/vya_estela60.htm>. Acesso em 01/08/2007>.

STEDMAN. *Dicionário médico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.



TV CULTURA. Programa Roda Viva. *Entrevista a Patch Adams*. Exibido em 5 nov. 2007 (gravado em 4 set. 2007).

UNIVERSAL STUDIOS. Filme *Patch Adams: o amor é contagioso*, 1998.

Sites consultados

<http://www.doutoresdaalegria.org.br>. Acesso em: 20 out. 2007.

<http://www.ondeir.rec.br/saude/av14.asp>. Acesso em: 8 nov. 2007.

<http://www.patchadams.org>. Acesso em: 3 out. 2007.



DELÍRIO DE FEBRE: AS PRISÕES FANTÁSTICAS DE PIRANESI

Thatiana Victoria dos Santos Machado Ferreira de Moraes¹
Márcio Rolo²

Há anos atrás, quando eu estava observando *Antichità Romane* de Piranesi, o Sr. Coleridge, que estava próximo, descreveu-me uma série de pranchas do artista, chamadas de seus *Delírios*, nas quais estava gravado o cenário de suas próprias visões durante o delírio de uma febre. Algumas delas (eu descrevo somente a partir da memória do Sr. Coleridge) representavam vastos salões góticos, no chão dos quais estava todo tipo de maquinarias e engrenagens, rodas, cabos, roldanas, alavancas, catapultas, etc., etc., expressões de um enorme poder posto em prática e de uma resistência conquistada. Erguendo-se próximas as paredes você adivinha uma escadaria; e sobre ela, descobrindo seu caminho para o alto, está o próprio Piranesi: siga a escada um pouco mais longe e você verá que ela leva a um fim abrupto e repentino, sem nenhum corrimão, e sem permitir nenhum passo a frente a quem alcançou a extremidade, a não ser para dentro da profundidade abaixo. O que quer que tenha acontecido a Piranesi, você supõe ao menos que seu trabalho deve ter de alguma forma terminado aqui. Mas erga seus olhos, e observe um segundo patamar de escadas ainda mais alto, no qual novamente Piranesi é visto, mas dessa vez parado de pé no extremo limiar do abismo. Novamente erga seus olhos, e mais um patamar aéreo de escadas é visto, e novamente o pobre Piranesi está ocupando em suas aspirações e trabalhos; e assim por diante, até que as escadas infinitas e Piranesi, ambos, sejam perdidos na escuridão do alto do salão. (QUINCEY, 2008).

¹Ex-aluna do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Laboratório de Biodiagnóstico em Saúde (2006-2008). Atualmente cursa Filosofia no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Contato: thativictoria@hotmail.com.

²Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (LABFORM). Doutorando do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Contato: rolo@epsjv.fiocruz.br.

INTRODUÇÃO

Aborda-se, neste trabalho, a representação artística da instituição penitenciária, fazendo um recorte desta no século XVIII na Europa, focando a obra do arquiteto e artista plástico italiano Giovanni Battista Piranesi, em especial sua série de pranchas denominadas *Carceri*.

O interesse por esta obra é fruto de uma visita à exposição do Centro Cultural do Banco do Brasil, no Rio de Janeiro, chamada “Impressões Originais: a gravura desde o século XV”, apresentada durante os meses de fevereiro a abril de 2007. Em meio a grande diversidade de estilos e de técnicas em gravura exibidas, chamaram-me a atenção as obras de Piranesi, estando expostas gravuras das séries *Campo Marzio* e *Carceri*.

Piranesi nasceu em 1720, em Moiano de Mestre (região próxima a Veneza), vindo a falecer no ano de 1778, em Roma. Formou-se em Cenografia e dedicou-se à arqueologia, design de interiores e mobiliário, mas o que o tornou notável foi a produção de gravuras. Chegou a produzir cerca de 1.000 pranchas durante 40 anos, entre elas a obra *Carceri*.

Na série *Carceri*, o pioneirismo da representação do presídio como temática dessas gravuras e a forma dos elementos que constroem essa prisão fantástica levaram a uma investigação tanto do estabelecimento desta nova instituição de punição quanto da própria representação artística, vinculada ao seu contexto social, mas não simplesmente causada por este.

Neste trabalho, que possui as pranchas de *Carceri* como centro da pesquisa, optou-se por não realizar uma leitura inteiramente psicologizante, ou seja, não se aprofundar somente nos significados subjetivos dos signos presentes na gravura, e sim caminhar pela linha tênue que demarca o campo da representação artística e o momento histórico na qual esta representação artística se ergue. A relevância deste estudo está no fato de que este artista italiano viveu durante uma época em que a sociedade europeia, diante de um novo cenário ideológico e



tecnológico, passa a se reorganizar, adequando seus conceitos mais básicos a uma nova lógica social. Neste processo, o aparelho punitivo também se modifica. Segundo Foucault (2004), o século XVIII vê o início do fim do espetáculo do suplício e a adoção do presídio; a justiça não é mais a “vingança à vontade ofendida do Rei”, e sim a manutenção da ordem estabelecida.

Faz-se necessário, para alcançar um grau de entendimento da obra de Piranesi – e, conseqüentemente, sua visão do sistema carcerário –, um estudo filosófico, histórico e social da gênese dessa instituição, e o modo como ela se organiza enquanto um sistema de representação do poder. O estudo desta questão esclarece várias facetas das representações do homem contemporâneo. A importância da análise da representação artística de Piranesi da instituição penitenciária do século XVIII encontra uma outra justificativa quando lembramos que atualmente o presídio continua sendo parte central do processo de punição do crime, inserido na sociedade e na noção de justiça da consciência popular.

Este estudo, portanto, deverá estar bastante próximo das investigações de Michel Foucault³, uma vez que sua contribuição para a reflexão sobre o sistema penal continua a ser uma ferramenta teórica imprescindível para este campo.

Com este trabalho, realiza-se um estudo da obra *Carceri*, do artista italiano Giovanni Baptista Piranesi, aprofundando na sua visão acerca do presídio e do sentimento do indivíduo encarcerado – impressa em suas gravuras através de diversos signos –, e traça-se a ponte que liga a obra artística ao contexto histórico no qual Piranesi está inserido, levando em consideração as amplas relações sociais que encontrarão sua marca na instituição penitenciária.

³ Foucault, filósofo contemporâneo francês, que investigou o tema em “A História dos Sistemas de Pensamento: um resumo dos cursos dados por Foucault no Collège de France” (1970-1982) e em sua obra “Vigiar e Punir”, entre outros trabalhos.



Metodologia da análise das gravuras

O tempo constrói e reconstrói os sentidos de uma obra. Os signos que constituem uma imagem são em última instância os únicos que podem falar pelo artista. Sendo a obra artística, antes de tudo, uma produção humana, estes signos estão repletos de significação, trespassados por relações históricas e sociais, pois nenhum homem é capaz de se abster delas, e suas produções também não podem ser completamente livres de tal influência. Mas é importante lembrar que estes signos não existem como reflexos simples de uma realidade externa à obra, e sim possuem um significado que escapa a uma análise reducionista.

Segundo o historiador e teórico da arte Giulio Carlo Argan, a relação obra artística *versus* contexto social “se constrói partindo da esfera artística em direção à social (e não inversamente)” (ARGAN, 1992, p. 157). Isso significa dizer que dentro de toda a obra artística existe um caminho que pode e deve ser construído até questões histórico-sociais, porém que este caminho não pode ser anterior à própria obra, e sim que deve partir naturalmente de um entendimento dela.

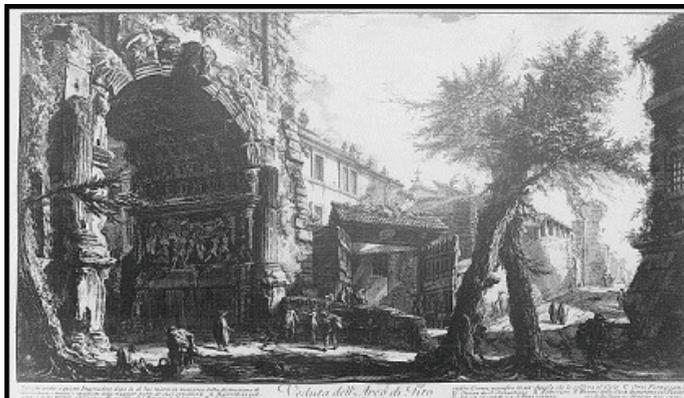
O NEOCLASSICISMO E AS DUAS FASES DA OBRA: DE *INVENZIONNI CAPRICCI DI CARCERI À CARCERI*

Para Piranesi, o ordinário em sua criação estava ligado ao movimento do Neoclassicismo, que tentava reviver, a partir da visão de uma sociedade que rapidamente se modernizava, o histórico glorioso das sociedades grega e romana antigas. A ligação com o mundo da Antiguidade que suas obras têm, antes de afastá-lo do tempo em que se localiza, coloca-o ainda mais focado nos acontecimentos do século XVIII: as referências feitas por artistas de todas as áreas à Antiguidade durante esta época estão relacionadas a uma necessidade de se adequar à nova dinâmica social. Argan (1992), referindo-se ao Neoclassicismo, diz:

A premência dos problemas suscitados pelas rápidas transformações da situação social política, econômica, bem como pelo impetuoso crescimento da tecnologia industrial, sem dúvida, contribui para a identificação do ideal estético com "o antigo". A razão não é uma entidade abstrata, deve dar ordem à vida prática e, portanto, à cidade como local e instrumento da vida social. (ARGAN, 1992, p. 22).

Assim, a necessidade de construir um espaço (a cidade) que se adequasse aos problemas de um mundo que conhecia a indústria leva a produção artística à clareza e racionalidade da Antiguidade. Argan coloca ainda que "o modelo clássico permanece como ponto de referência para uma metodologia de projetos que se coloca problemas concretos e atuais". Retrata-se o passado como meio de se solucionar o presente e planejar o futuro.

Relacionando-se com tal movimento, o olhar do artista plástico italiano estava ligado, na maioria de suas obras, a uma leitura da urbe moderna que se estruturava em sua época através dos monumentos da Antiguidade. Cada representação do monumento do passado era uma reflexão sobre a estrutura social que se desenvolvia ao redor de Piranesi, como se pode observar, principalmente em suas vedutas⁴, tais como *Il Campo Marzio dell'Antica Roma* e *Antichità Romane*.



Veduta dell'Arco di Tito – Antichità Romane – 1748.

⁴ Obras cuja principal característica é reproduzir os pontos mais significativos de uma cidade, através de seus monumentos ou localidades, e cujo teor é majoritariamente topográfico.



Em 1745, entretanto, Piranesi debruça-se sobre um tema que não havia sido anteriormente abordado em sua obra e que, de fato, era inédito em quase todas as esferas da arte. Primeiramente expostas em Roma, com o nome de *Invenzioni capricci di carceri*, a série de 14 pranchas aborda de maneira rica e fantástica o presídio e o condenado que caminha por ele. Seu olhar passa a ser direcionado para o ambiente interno, sem par histórico, completamente criado pelo seu “delírio”: um local afastado das figuras das movimentadas urbes e escondido da luz do sol. A majestosa edificação deixa de ser um monumento histórico e passa a ser uma construção que não poderia ser formada de outra coisa que não pesadelos.

Tanto os elementos e signos quanto a inovação temática, presentes em sua obra, podem ser conectados com as modificações existentes na sociedade europeia da época. Pertencem a uma cultura artística plena de significados que podem ser apreendidos na história e na sociedade, porém, ainda sim, distintos e completos em sua significação, capazes de descontinuidades tais como se evidenciam na produção de *Antichità Romane* e *Invenzioni capricci di carceri*. Ainda que parte do projeto de construção do espaço necessário para a urbe do futuro (pois a prisão não deixa de ser um “depósito” urbano), a representação do presídio se diferencia e se afasta das outras representações neoclássicas exatamente por não poder ser relacionada com o ideal da Antiguidade.

As gravuras representam prisões fictícias, que trazem ao espectador o aprisionamento e a tortura física e espiritual do cárcere. São viagens ao espírito angustiado, encarcerado, e, portanto, perdido, esmagado pela grandiosidade e complexidade de seu cárcere.

Suas pranchas foram geradas por meio da técnica de gravura denominada água-forte.

Água-forte é um termo utilizado para uma das formas de gravação da técnica calcografia ou gravura em metal. A calcografia consiste na técnica em que se utiliza como matriz⁵ uma chapa de metal. Até hoje

⁵ Matriz é o nome recebido pelo material no qual o artista grava a sua obra antes de esta ser transferida para o papel, a fim de que possam ser feitas tiragens idênticas daquela mesma imagem, através da impressão realizada pelo próprio artista ou por outro profissional.

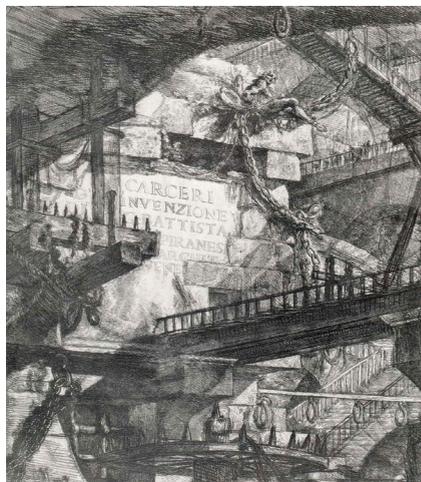
é muito utilizada e possui uma variedade de técnicas e instrumentos que podem ser utilizados para a sua produção, tal como buril, ponta seca (ambos instrumentos para se gravar no metal), água forte, água tinta e fotogravura (técnicas de gravação).

Piranesi, a fim de alcançar os efeitos desejados (tais como sombras e luzes em suas gravuras), realizou *morsuras* múltiplas, ou seja, mergulhou suas chapas metálicas diversas vezes na solução de ácido nítrico, atingindo desta forma diversas tonalidades diferentes para suas linhas conforme o ácido corroía cada vez mais seus traços. Marcos Buti (1996), artista plástico contemporâneo, em seu artigo “A Gravação como Processo de Pensamento”, afirma que Piranesi realizou este processo cerca de quatorze vezes, gerando quatorze diferentes tonalidades em suas gravuras.

Em 1761, o próprio autor submete suas pranchas a uma releitura, modificando seu nome para *Carceri*. Após uma série de modificações, o autor não somente cria duas novas pranchas, ampliando o trabalho para 16, como também modifica o traço e fornece uma série de novos elementos que tornam a obra uma leitura ainda mais complexa do sentimento de aprisionamento do indivíduo.

Anteriormente, a obra de Piranesi, já de grande força, mantinha-se com linhas mais simples, formas mais equilibradas e limpas, sem exageros de elementos. Os limites da prisão eram claros; o cárcere, apesar de já grandioso, possuía um início e um fim. Na releitura de 1761, Piranesi fornece às suas prisões fantásticas uma série de novos elementos: máquinas disfuncionais, cordas pendentes do teto, silenciosas promessas de tortura, escadas sem fim e pontes que denunciavam um desapego cada vez maior à funcionalidade e uma preocupação crescente com a representação de um delírio angustiante, incapaz de ser compreendido pelos humanos ali perdidos.





As duas fases da obra de Piranesi: à esquerda, a primeira versão do frontispício (1745), e à direita a bora final apresentada em 1761.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DUAS FASES DO FRONTISPÍCIO

É sensível que, entre uma fase e outra, a visão do artista sobre o encarceramento tornou-se ainda mais obscura, literal e figuradamente: as sombras da prisão se tornam mais profundas e enegrecidas, a luz que ilumina precariamente as figuras está mais longínqua, vindo de um alto inalcançável – o cárcere está ainda mais longe da superfície, mais distante da salvação.

A impressão de que as escadas, os corredores, as passarelas e passagens de *Carceri* se estendem para além do que podemos ver é acentuada em sua segunda fase. Não é possível definir para onde ou de onde estão vindo tais passagens, quais seus objetivos, por quanto tempo é possível segui-las, ou mesmo se levarão a algum outro lugar que não o mesmo cárcere inescapável onde elas se constroem, conferindo à estrutura uma propriedade de disfuncionalidade.

Estes elementos adicionados ou enfatizados posteriormente emprestam à gravura o efeito de proporções que se estendem *ad infinitum*, que suas dimensões são tais que qualquer visão sobre elas não é capaz de alcançar toda a sua magnitude. No primeiro momento da obra, ainda é possível definir as dimensões da prisão, observar, ainda que já mal definidas, as suas fronteiras. A primeira prisão construída é externamente limitada; tem, portanto, um fim. Ter um fim é essencial, pois somente desta forma é possível imaginar uma existência além do cárcere.

Já na segunda fase a prisão escapa aos limites da gravura, transborda para além da obra do artista. Não somos mais capazes de ver ou mesmo de compreender a totalidade da prisão; enxerga-se somente um recorte do que aparentemente se estende infinitamente e que portanto não pode ser jamais completamente percorrido e cuja dimensão escapa à racionalidade humana, criando um ambiente caótico – pois é impossível de ser compreendido – e inescapável, já que, existindo além até mesmo do poder de compreensão, é o único mundo possível para o condenado que observa a prisão sem conseguir ver suas fronteiras ou algo que a externalize.

Esse efeito se acentua quando nos detemos nas figuras humanas no alto da gravura, quase imperceptíveis como fundo para o terror de seu cárcere. Os condenados são figuras sem identidade, sombras perdidas em meio à grandeza da construção. Para eles, existe apenas o incessante caminhar pelas estruturas do cárcere, sem objetivo, sem oportunidade de fuga, pois não existe outro local que não o próprio cárcere.

A única figura humana em destaque, presente em ambas as fases de *Carceri*, tem sua face deformada por seu sofrimento físico e psicológico, uma alma – sem sexo, sem marca que a identifique – acorrentada perpetuamente aos muros de pedra. As correntes que a prendem, entretanto, são, antes, parte do maquinário de tortura do que mesmo definição do aprisionamento: *Carceri* é uma prisão, e para isso não precisa de algemas, celas ou correntes; os condenados que caminham “livremente” pela sua estrutura são ainda mais aprisionados do que esta figura em destaque, pois não possuem uma face definida para demonstrar a dor que os aflige, tal é a sua perda.



É possível também identificar, nas gravuras, as linhas arquitetônicas que serviram de fonte para Piranesi, modelando prédios fantásticos como se fossem verossímeis, tal a composição da construção – suas paredes de pedras cortadas, de tamanhos regulares, encaixadas. Vê-se a firmeza do risco arquitetônico, em ângulos corretos, alicerçando pontes em estruturas que dão, para quem as vê, a plena noção de solidez, necessária para criar na construção a impressão de que ela não pode ser destruída ou combatida. O traço do artista e o traço do arquiteto, conjugados, conspiram dentro da obra numa mistura de beleza, angústia e estruturação magnânima.

Os instrumentos e as máquinas presentes na gravura de 1745 tornam-se mais cruéis em 1761: uma roda dentada é adicionada ao plano, além de uma máquina disfuncional de madeira, também dentada, que se sobrepõe à parede de pedra antes nua. A tortura se torna mais explícita, e por isso ainda mais eficaz.

O indivíduo em Carceri

O compromisso de Piranesi em *Carceri* está não com o registro físico das coisas (que era a proposta de uma estética pré-advento da fotografia) e, sim, com o alcance de um nível aprofundado de realidade – a realidade subjetiva do indivíduo. *Carceri* é, acima de tudo, o olhar da alma torturada, toda a transformação que a mente pode criar na forma, uma viagem até as fronteiras daquilo que pode ser palpável, através do ponto de vista de uma mente sensível.

Sua prisão, portanto, antes de ser formada por paredes de pedras, calabouços e correntes, é a prisão que encarcera o espírito, a prisão metafísica. Esta é uma das leituras possibilitada pela obra de Piranesi, realizada pelo conhecido escritor Aldous Huxley⁶.

⁶ Huxley, nascido em 1894, era um novelista e crítico inglês, e veio a falecer no ano de 1963. Foi autor de romances, peças e poemas, além de ensaios em diversas áreas. Seu livro “Admirável Mundo Novo”, romance que aborda a sociedade do futuro através de um olhar crítico, é considerado sua obra-prima.



Assim, para ele, o que se desdobra em *Carceri* é, acima de tudo, o sentimento do ser sem face que vaga pelas grandes estruturas da prisão. É no indivíduo, portanto, que grande parte de seu artigo se foca: a forma como o aprisionamento o afeta, o transforma e, em última instância, o cria. Se, simultaneamente, cada um dos elementos presentes na bela e terrível construção existe unicamente para esmagar a figura humana que se encarcera, esta figura também é o protótipo do ser que não existe além do próprio cárcere.

Os ocupantes de *Carceri* de Piranesi são os espectadores sem esperança da *pompa dos mundos*, da *dor do nascimento* – essa magnitude sem significado, essa miséria sem fim e além do poder dos homens de entender ou suportar. (HUXLEY, 1949).

Nas pranchas, pode-se verificar o abandono que abate as figuras humanas, em um estado que, além do sofrimento, demonstra o quanto cada um se encontra desprovido da capacidade de se diferenciar do espaço que o forma. A prisão que Piranesi cria poderia ser lida como uma invenção “de dentro para fora”: a sua estrutura é criada pela própria angústia do aprisionamento; o pesadelo do prisioneiro constrói a sua prisão.

E a algema que falta nos pulsos, a corrente que não escraviza o corpo, a cela que não se tranca da terrível prisão de *Carceri* somente contribuem para demonstrar que o condenado está aprisionado em um nível inescapável. Toda algema é inútil, pois ao prisioneiro não é negado o mundo: este lhe é dado na forma de prisão, uma prisão que se estende infinitamente, que não permite um outro mundo além dela. Por isso, suas formas se erguem desnecessárias, escadas e corredores e salas sem função, inúteis: não pode haver utilidade, não pode haver objetivo ou função, pois não há um fim, a prisão é tudo que existe, não há fim além dela mesma. E o espírito e o corpo ali contidos, incapazes de compreender, já não se rebelam contra isso, pois não existe fuga.



A GÊNESE DA PRISÃO

A forma de organização espacial e de uso do tempo da Era Medieval e dos dois quase três séculos que a seguiram era obviamente diferente daquela que se estabeleceu no mundo moderno, assim como os eram os processos de produção e o entendimento de mundo. As mudanças nestes processos de produção – nos meios produtivos – condicionaram o relacionamento com espaço dos indivíduos, a sua forma de entender a passagem de tempo.

Durante toda a era medieval (século V até XV d.C.) até boa parte do século XVIII, na Europa ocidental, a prática de punição ao crime era o suplício do condenado. No suplício, o criminoso, que já havia sido julgado e condenado, seria submetido à quantidade desejada pelo seu tribunal de humilhações e torturas diante da população. Esta quantidade – e a intensidade de tais torturas – seria variada de acordo com o crime cometido e com as provas de que tal crime havia sido mesmo realizado pelo condenado. Assim, o suplício não constituía uma aflição aleatória ou decidida pelo carrasco, e sim um processo no qual cada movimento punitivo estaria bem especificado e documentado pela sentença do condenado. Diz Foucault (2004) acerca do suplício:

O suplício é uma técnica e não deve ser equiparado aos extremos de uma raiva sem lei. Uma pena, para ser um suplício... faz correlacionar o tipo de ferimento físico, a qualidade, a intensidade, o tempo dos sofrimentos com a gravidade do crime, a pessoa do criminoso, o nível social de suas vítimas. Há um código jurídico da dor; a pena, quando é supliciante, não se abate sobre o corpo ao acaso ou em bloco; ela é calculada de acordo com regras detalhadas... Além disso, o suplício faz parte de um ritual. É um elemento na liturgia punitiva, e que obedece a duas exigências. Em relação à vítima, ele deve ser marcante: destina-se, ou pela cicatriz que deixa no corpo, ou pela ostentação que se acompanha, a tornar infame aquele que é sua vítima... E pelo lado da justiça que o impõe, o suplício deve ser ostentoso, deve ser constatado por todos, um pouco como seu triunfo. (FOUCAULT, 2004, p. 31).



Além disso, cada crime – ou descumprimento da lei – realizado era a falta cometida contra a vontade real, era uma ofensa direta ao rei. Cada punição legal deveria representar a vingança do monarca, o poder que este possuía não somente para que sua vontade fosse realizada, mas também sobre a integridade de seus súditos, a capacidade de subjugar o criminoso, o que ia contra os desígnios reais. Em outras palavras, o inimigo da monarquia. O cumprimento da justiça pode ser lido, portanto, como o cumprimento do poder real.

Porém, várias são as modificações que passam a se instaurar, paulatinamente, no sistema penitenciário europeu por volta do século XVIII. Isso acontece diante de uma sociedade que passa a se desenvolver em uma direção cada vez mais prática, cuja rotina passa a se modificar à medida que as relações econômicas também se modificam. O século XVIII vê o início da Revolução Industrial na Europa (concentrada especialmente na Inglaterra); o início de um processo de transformação da forma de pensar o mundo, o tempo e o espaço; e que passa cada vez mais a criticar a centralidade da figura do rei e o domínio do indivíduo e do pensamento por dogmas da religião católica. Este é o chamado “Século das Luzes”, por ser o século no qual o Iluminismo tomou força – cujas correntes de pensamento afetaram principalmente a França –, no qual prega-se uma necessidade crescente do abandono das antigas crenças e limitações remanescentes da “Era das Trevas”, forma como ficou conhecida a Idade Média, exatamente por manter costumes que a filosofia cada vez mais liberal passa a combater. Aos poucos, cada setor da vida diária do indivíduo europeu é afetado por esta nova concepção da realidade, ainda que o projeto Iluminista fosse quase que exclusivo de classes intelectualizadas. A justiça penal faz parte desses níveis da sociedade que se modificaram, que passaram por reformas.

Reforma penal

A reforma penal ocorreu em muitos níveis, tal como é dito por Foucault. Em níveis que, lentamente, foram tornando impossível continuar a punir pelo suplício. Sobre o século XVIII, fala Foucault (2004):



É a época em que foi redistribuída, na Europa e nos Estados Unidos, toda a economia do castigo. Época de grandes “escândalos” para a justiça tradicional, época dos inúmeros projetos de reformas; nova teoria da lei e do crime, nova justificação moral ou política do direito de punir; abolição das antigas ordenanças, supressão dos costumes; projeto ou redação de códigos “modernos”... (FOUCAULT, 2004, p. 11).

Neste momento, os crimes passam lentamente a mudar de carácter, tornando-se menos sanguinários, menos apaixonados, em sincronia com as punições, que vão se tornando mais brandas. Brandas no estrito sentido físico, pois no sentido legal tornam-se mais rápidas e cada vez menos complacentes com crimes menores, por serem eles mesmos os que passam a se tornar mais frequentes. O crime se “profissionaliza”, as grandes quadrilhas facilmente extermináveis dão lugar aos pequenos grupos mais organizados.

Tal desvio de foco do crime é possível, já que a própria economia da sociedade europeia está se reestruturando. O movimento de riquezas e de bens se torna cada vez maior, a comercialização e a propriedade tornam-se mais centrais na vida do indivíduo comum. De uma forma geral, começa a existir uma nova organização social menos miserável. Enquanto os iluministas pregam o direito à propriedade privada, a manutenção de espaços e de bens, mais e mais o crime passa a se voltar exatamente para tais propriedades.

A justiça passa, neste ponto, a julgar com mais severidade crimes que lhe eram mais usuais e menos punitivos, como os roubos; passa a ser inaceitável a presença maciça de quadrilhas e salteadores; o crime de sangue, o assassinato ou a violência corpórea acabam dando lugar a crimes mais ligados a um carácter puramente econômico.

Momento importante. O corpo e o sangue, velhos partidários do fausto punitivo, são substituídos. Nova personagem entra em cena, mascarado. Terminada uma tragédia, começa a comédia, com sombrias silhuetas, vozes sem rosto, entidades impalpáveis. O aparato da justiça punitiva tem que ater-se, agora, a esta nova realidade, realidade incorpórea. (FOUCAULT, 2004, p. 18-19).



E nessa nova lógica que se forma forma-se também uma nova ideologia do que o criminoso representa na sociedade. De inimigo – aquele que desafia e se volta contra o desejo do rei –, aquele que comete o crime passa a ser o traidor – que violenta o grupo do qual faz parte desrespeitando um contrato de harmonia aceito por todos.

Cria-se a noção (sustentada por argumentos filosóficos) de que a propriedade, a sociedade como um todo e as leis que a regem existem de acordo com um contrato que cada indivíduo respeita. A propriedade de cada um é uma concessão de todos, é a aceitação de que deve haver posse e que esta não pode ser desrespeitada, mesmo na ausência de seu proprietário. O criminoso é um traidor deste contrato, alguém que o desrespeita e que, ao quebrá-lo, vai contra cada outro indivíduo que seja seu igual.

É neste momento que a justiça abandona, portanto, o posto de braço punitivo do poder real, e o crime deixa de ser a ofensa ao rei e passa a ser a ofensa a toda a sociedade, pois a violenta e por ela será julgada. Perante esse novo criminoso, esse novo tipo de crime, esse novo tipo de justiça, enfim, essa nova sociedade que passa a se estruturar a partir da metade final do século XVIII e que, ao século XIX, já está firmada, um novo tipo de instituição punitiva também se firma: a prisão. Caminhando ao seu lado estão os saberes desta nova economia de punição.

As prisões existiam anteriormente não como forma recorrente de punição legal, e sim como meio de retirar aqueles que não poderiam ser considerados criminosos, mas haviam desagradado, de alguma forma, o poder real. Foucault explicita como esta passa à forma usual de punição e, para entender como ele encara a construção desta instituição, é preciso entender como ele encara o próprio conceito de instituição.

Para Foucault, o poder assume aspectos visíveis e invisíveis. O visível no poder são as formas como este se apresenta, interferindo na disposição dos corpos individuais e “ordenando” suas relações no âmbito social. São os dispositivos que agem em última instância sobre



as vontades através dos corpos, docilizando-os. Em resumo, são as instituições tais como a fábrica, a escola, o manicômio e o presídio.

O invisível do poder de Foucault são as formas de saber que se constroem paralelas às instituições as quais se relatam. São essas formas de saber que irão legitimar as instituições e que encontrarão nelas legitimidade. Constroem-se Ciências, discursos que são em si mesmo o poder – não servem ou são manipulados por um poder que lhes é exterior – e que acompanham as instituições, garantindo-lhes significado e serventia. Assim é a disciplina escolar, a criminologia penitenciária ou a psiquiatria manicomial: são ciências que, antes de simplesmente servirem a uma instituição, permitem que ela exista; e que simultaneamente não seriam cabíveis sem a existência de sua face “visível” (WELLAUSEN, 2007).

Assim o foi com a reforma penal: uma nova instituição se ergueu, deixando para trás aquela que não poderia mais servir aos propósitos da sociedade. Neste momento, torna-se importante ter uma instituição que não aja como uma chaga corpórea, tal como o suplício fazia, mas, pelo contrário, saiba docilizar o corpo, torná-lo submisso à lógica social por meio de mecanismos de adestramento. O inimigo, segundo a lógica do espetáculo doloroso, deveria ser massacrado; o criminoso-traidor deve ser reinserido de forma a se adaptar completamente à sociedade, a aceitar o ordenamento e o contrato que a forma.

Para o pensamento que se estrutura neste momento, o espaço controlado, afastado e vigiado começa a ser a forma mais eficaz de também controlar e vigiar a ação humana. Assim se formam os ambientes escolares, os manicômios e hospitais, todos possuidores de uma arquitetura e de um saber capazes de deixar exposto o indivíduo que de alguma forma precisa aprender (ou reaprender) os mecanismos básicos de funcionamento da sociedade civil para poderem fazer parte dela. Nestes ambientes, o indivíduo seria igualado a outros, ocupado, teria o tempo e o espaço controlados pela lógica da utilidade. Sobre estes preceitos, deveria se erguer à prisão.

David Harvey (2003), em seu livro *Condição pós-moderna*, refere-se à relação do Iluminismo com o espaço e o tempo, dizendo:



Os pensadores iluministas procuravam uma sociedade melhor. Ao fazê-lo, tiveram de atentar para a ordenação racional do espaço e do tempo como um requisito da construção de uma sociedade que garantisse liberdades individuais e bem-estar humano. O projeto significava a reconstrução dos espaços de poder em termos radicalmente novos... (HARVEY, 2003, p. 234).

O espaço construído das instituições de internamento, tal como a prisão, passa a fazer sentido no pensamento que se dissemina com a filosofia Iluminista e inclusive com o ideal arquitetônico Neoclássico que, por uma descrição de Argan (1992):

(...) prega a adequação lógica da forma à função, a extrema sobriedade do ornamento, o equilíbrio e a proporção dos volumes: a arquitetura não deve mais refletir as ambiciosas fantasias dos soberanos, e sim responder a necessidades sociais e, portanto, também econômicas: o hospital, o manicômio, o cárcere etc. (ARGAN, 1992, p. 21).

No processo de gênese do presídio como forma usual de aprisionamento, porém, este sofreu críticas, não muito distantes das que ainda sofre hoje: seria o local não de recuperação ou de docilização do corpo, nem mesmo do cumprimento da justiça; e sim um ambiente distante de qualquer olhar que iria gerar mais e mais criminosos, ao uni-los sem sobre eles agir. Mesmo quando o projeto de prisão indicava que esta seria um local de ordem e rotina, já havia aqueles que o acreditavam como o espaço que somente serviria para de forma incompleta afastar o criminoso, incentivando a reincidência no crime. Em contraponto à crença de que o presídio seria a idealização do uso ideal do espaço (não dando tempo para a vadiagem), existe o argumento de que tal instituição apenas traria a perda total do controle da justiça sobre a ação do condenado.

Na metade do século XVIII, grande parte dos teóricos acreditava na prisão como o local onde a lei era incapaz de chegar, e as críticas continuaram até a contemporaneidade. Mesmo assim, a prisão estru-



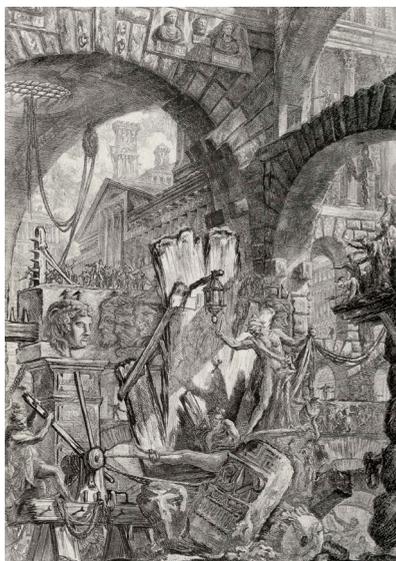
turou-se fixamente na sociedade e com ela um saber capaz de mantê-la de pé através dos séculos que se seguiram, tal como se não houvesse outra possibilidade de sociedade de punição. Pode-se dizer que isso ocorreu por ser ela a forma de punir que mais bem se moldou à sociedade moderna: permitia a ação legal rápida, teoricamente incorpórea, distante de qualquer ligação com um ser individual, e sim símbolo de uma justiça coletiva.

No momento em que a reforma penal traz como “solução” o presídio, Piranesi surge com uma visão que não corresponde a nenhuma das promessas de recuperação na prisão. O espaço infinito de seu *Carceri* é a própria definição do incontrolável; olho humano algum pode acompanhar os movimentos perdidos do condenado. Não é o espaço útil, pelo contrário, é o espaço em que se perde a noção do objetivo, enquanto se segue por escadas infinitas, passagens que levam a outras passagens, entradas e saídas sem finalidade. E o movimento por tal estrutura também ignora o tempo útil, controlado: é um eterno movimento de repetição por uma construção incomensurável, o indivíduo que se movimenta perpetuamente aprisionado a mesma atividade sem propósito. Neste ambiente, a própria utilidade do homem, do condenado, é perdida: perde-se para a prisão o indivíduo.

É igualmente uma prisão que alimenta terror e que traz consigo a tortura. Não representa mais o espetáculo do suplício, não existe a plateia que aprende com os ferimentos, não é a justiça demonstrada no corpo. É, porém, uma prisão que ainda não esqueceu as sofisticadas do castigo na carne. A prisão de Piranesi não é ainda completamente a nova prisão, não é a nova realidade punitiva incorpórea, mas sim a tortura aprisionada em paredes que não podem ser ultrapassadas.

Tais detalhes podem ser observados na prancha II de *Carceri*, pela forma como os instrumentos de tortura são postos em prática, de certa forma com a mesma extravagância da antiga sociedade de marcação europeia, entretanto sem o objetivo disciplinante ou didático do antigo suplício: a tortura se repete ao fundo, até onde pode ser visto, e além disso, incessante e caótica.





Carceri, prancha II - O Homem sobre a Roda - 1761.

Se Piranesi não viu a prisão tal como a temos hoje – instituição punitiva por excelência e parte integrante da economia que educa os corpos –, ele viu o início deste processo, ele sentiu os efeitos desta rede de poderes que existia além dele e que o atravessava, e também a série de críticas que se seguiu à implantação da prisão como forma punitiva. Mesmo posto diante de suas falhas, o aprisionamento do criminoso demonstrou sucesso: não talvez na recuperação do condenado, mas definitivamente em sua incorporação social como instituição, por meio de modificações e de legitimação de saberes.

Vivendo na Europa do século XIII, Piranesi esteve diante do processo de estabelecimento da instituição carcerária, e tal processo – a reforma penal, o fim do suplício, o início de algo novo – o afetou o bastante para que este viesse a produzir o seu próprio condenado, as angústias que este sofreria perdido em um eterno aprisionamento, as paredes de sua prisão, enfim, o seu delírio de cárcere. As gravuras de Piranesi são o testemunho de um artista que viveu o início de modificações profundas. Mais do que somente um retrato, suas gravuras são a visão fantástica de uma nova realidade punitiva.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de compreender a obra de Giovanni Battista Piranesi acerca do aprisionamento é um estudo delicado, pois como qualquer outro trabalho acerca de uma representação artística deve caminhar entre aquilo que pode ser conhecido – que é a origem histórico-social da obra – e o que não pode ser inteiramente investigado – que é a individualidade do artista. Ainda que uma investigação da época seja um caminho talvez de maior confiabilidade para se seguir, é importante manter a atenção para não simplificar as relações da produção artística com o seu tempo, colocando a primeira como consequência da segunda.

Mudanças tais como as que ocorreram durante o século XVIII atingem os países, as sociedades e, finalmente, as pessoas de forma desigual, não linear. Se considerarmos a história didaticamente, tão classificada e subdividida em correntes e movimentos, poderemos deixar de considerar a importante parcela da percepção dos indivíduos de seu tempo: como a realidade lhes parece, vista não como quem olha do século XXI para trás, mas como quem de fato a vive.

A subjetividade é a síntese singular e individual que cada um de nós vai construindo conforme vamos nos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural; é uma síntese que nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social. Essa síntese – a subjetividade – é o mundo de ideias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999 apud FRANÇA, 2004, p. 76).

É tal conceito, o da subjetividade, que não deve ser esquecido ao levarmos em consideração uma representação artística ou qualquer outra atividade humana. O sujeito do século XVIII era impregnado aos

poucos de uma nova percepção de mundo: um mundo como nunca antes mapeado, cronometrado, dominado. Dominado não em nome de Deus, não para representar a glória divina, mas dominado de forma desmistificada, dominado pela libertação do próprio homem. Um homem que se coloca ao centro de todas as atividades que realiza, que se reconhece como aquele capaz de se impor sobre a natureza, sobre o tempo e o espaço.

Isso tudo perante uma consciência cada vez maior de lucro, que havia se iniciado já durante a época do mercantilismo e das grandes navegações, e que se intensificava com os novos processos produtivos. O homem que navega, que “descobre” outros continentes é o homem que aos poucos passa a apreender a realidade espacial não da sua antiga forma sensorial e mística, mas sim de uma forma distanciada e uniforme, geométrica, buscando mais do que nunca de fato conhecer. É assim que aos poucos o mapeamento da terra vai se aproximando da forma que até hoje reproduzimos.

Posteriormente às grandes navegações, essa mesma forma de “conhecer” o espaço é a que predomina quando existe a necessidade de dividir as terras, privatizá-las, torná-las propriedades comerciáveis. O espaço dominado é o espaço útil e conhecido, mapeável.

Começa a se mostrar também, para uma gama cada vez maior de indivíduos, a necessidade de dominação do tempo, um tempo que pode se tornar horas de trabalho, mensurável e único para todos, cuja duração não tem mais a ver com uma percepção individual, e sim com os mecanismos de um relógio.

Sendo o espaço um “fato” da natureza, a conquista e a organização racional do espaço se tornou [sic] parte integrante do projeto modernizador. A diferença, desta vez, era que o espaço e o tempo tinham de ser organizados não para refletir a glória de Deus, mas para celebrar e facilitar a libertação do “Homem” como indivíduo livre e ativo, dotado de consciência e vontade. Foi a essa imagem que surgiria uma nova paisagem. (HARVEY, 2003, p. 227).



O homem do século XVIII na Europa deve deixar o ambiente restrito e parcialmente ilhado do feudo e se reconhecer em uma nação. Aos poucos, a obrigação com o senhor feudal, com o rei absolutista e com a Igreja vão dando lugar a uma lógica de obrigação com a sociedade.

Nada disso aconteceu, porém, de forma contínua: os costumes medievais não foram apagados repentinamente em todos os locais da Europa, os adventos do Século das Luzes não se tornaram magicamente realidade para todas as camadas sociais. A forma como cada indivíduo se relacionava com essa nova noção de mundo era única, tinha a ver com elementos como a sua nacionalidade, sua idade e sua posição social, mas também tinha a ver com suas aspirações, seus desejos, seus temores, até mesmo com fatores biológicos de sua humanidade. A subjetividade do indivíduo do século XVIII não deve ser ignorada para que se possa aplicar sobre a sociedade europeia um modelo que corresponda a nossas expectativas de racionalidade histórica.

É a partir da subjetividade, que aparentemente poderia transformar o estudo de uma época em uma busca caótica por considerar todos os fatores que agem sobre a existência humana, que se tornará possível a compreensão do que é o avanço humano ao longo de sua história. Pois, uma vez que a subjetividade está diretamente ligada ao que o sujeito vive, a sua experiência, ela não acontece em outro ambiente que não o social. É por meio do entendimento do caráter social da subjetividade que podemos dizer que o indivíduo e sua produção – inclusive a produção artística – estão ligados às transformações de mundo que acontecem durante a sua época de vida. Em outras palavras, é só por meio do entendimento de que o homem não pode se desvincular de sua própria experiência com a sua sociedade que podemos dizer que sua produção trará marcas (talvez não definidoras, porém marcas) de sua realidade temporal e espacial.

É também compreendendo essa relação entre subjetividade e sociedade que podemos entender que a visão de um homem de determinada época e local, de alguma forma, se conecta com a de seus contemporâneos, pois a eles é fornecida a mesma experiência social. Se suas subjetividades não são idênticas – e não poderiam ser, pela



própria definição de subjetividade –, de alguma forma elas se “tocam”, se comunicam no mesmo todo.

Piranesi, como não poderia deixar de ser, fez parte dos processos que se desenvolveram em sua sociedade. Sua produção não é, porém, o retrato fiel de tais acontecimentos, não tem como objetivo servir de ilustração para uma época histórica: é a produção artística de um indivíduo sensibilizado por determinados aspectos das transformações ao seu redor. Por que alguns fatores de sua sociedade lhe pareceram importantes para serem retratados e outros simplesmente fugiram ao seu olhar artístico somente um inteiro conhecimento (impossível) de sua subjetividade seria capaz de determinar.

É por isso que, neste estudo, não se ignoram os elementos nas gravuras de *Carceri* que representam uma descontinuidade com o projeto de prisão iluminista. Se a instituição utópica idealizada durante a reforma penal não está inteiramente representada na obra, isso não deve ser ignorado; pelo contrário. Compreender que este projeto não foi inteiramente representado significa compreender que ele nunca veio a de fato se realizar por completo, ou mesmo a ser internalizado pelos indivíduos contemporâneos a ele, a ponto de ser fielmente reproduzido na arte.

O que, para o indivíduo Piranesi – e todas as particularidades de sua subjetividade –, o *Carceri* representou, do meu local, na atualidade, não posso determinar. Considero, porém, que, mesmo sem este conhecimento, o estudo de tal obra e as reflexões geradas acerca de um tempo e da instituição punitiva firmada são ricos o bastante para ultrapassar essas barreiras.



REFERÊNCIAS

- ARGAN, G. C. *Arte moderna*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- _____. *Clássico, anti-clássico*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva, 1999.
- BUTI, M.; LETTICIA, A. *Gravura em metal*. São Paulo: UNESP, 1996.
- CANOTILHO, L. *Perspectiva pictórica*. Disponível em: <<http://www.ipb.pt>>. Acesso em: 21 abr. 2008.
- CARDOSO, V. M. *A disciplina de Michel Foucault e o Panóptico de Bentham como estratégia política no sistema penal*. Santa Catarina: UNESC, 2007.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2006.
- CHAVES, P. H. *Teoremas de transição do estado social: ciência política e controle social no estado regulador*. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/>>. Acesso em: 25 set. 2008.
- COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. *O efeito Foucault: desnaturalizando verdades, superando dicotomias*. Rio de Janeiro: UFF, 2000.
- FICACCI, L. *Piranesi, Acqueforti, Grabados*. Colônia: Taschen, 2001.
- FOUCAULT, M. *Resumo dos cursos do College de France (1970-1982)*. Portugal: Jorge Zahar, 1995.
- _____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- FRANÇA, F. Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil. *Psicologia: teoria e prática*, v. 6, n. 1, p. 73-80, jun. 2004.
- GAMBERLINI, S. M. *Arquitetura prisional, a construção de penitenciárias e a devida execução penal*. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <www.direito.net.com.br>. Acesso em: 20 jan. 2008.
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 2003.



HUXLEY, A. *Piranesi's carceri d'invenzione*. Londres: Trianon Press, 1949.

KAFKA, F. *A metamorfose. Um artista da fome. Carta a meu pai*. Tradução: Torrieri Guimarães. São Paulo: Martin Claret, 2007.

_____. *Cinco minicontos de Kafka*. Disponível em: <<http://www.tanto.com.br/kafka>>. Acesso em: 13 jun. 2008.

_____. *Histórias fantásticas*. PAES, J. P. (Coord.). São Paulo: Ática, 2000.

_____. *Na colônia penal*. Disponível em <<http://www.e-books.org>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

MURAD, C. A.; VELOSO, C. *Poética da visão imaginal: as paisagens do olhar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

QUINCEY, T. *Confessions of an english opium eater: being an extract from the life of a scholar*. Disponível em: <<http://www.e-books.org>>. Acesso em: 6 jul. 2008.

SALA, L. V. *O sistema penitenciário catarinense e a execução da pena*. Florianópolis: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2000.

SEGRE, R. *Delirious Rome: Piranesi, ruínas e fantasias*. Rio de Janeiro: Boletim Ócolum, 1994.

WACQUANT, L. *A aberração carcerária à moda francesa*. Disponível em <<http://sociology.berkeley.edu>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

_____. *Prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Economic Affairs, 1996.

WEFFORT, F. *Os clássicos da política 2*. São Paulo: Ática, 1991.

WELLAUSEN, S. S. *Os dispositivos de poder e o corpo em vigiar e punir*. Tese (Doutorado em Filosofia), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2007.



HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E DAS RELAÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

Vivian Pinho Beneciano Lopes¹
Thamar Silva de Araújo²
Denise da Silva Gomes³

INTRODUÇÃO

O referido tema parte da grande demanda em operacionalizar as políticas de humanização na saúde e se fundamenta na compreensão do processo transitório da gestão da unidade e da participação dos atores envolvidos na produção de saúde. O seu desenvolvimento parte do aspecto histórico dos modelos de atenção para chegar à temática da Humanização dos serviços, através da análise da intersubjetividade (produção de subjetividade) dos sujeitos e suas relações para com o mundo e para com o outro. Salienta também a participação dos atores do processo na conversão de modelos e de cultura e utiliza a pesquisa de campo para avaliar a inserção deste sujeito no serviço, sua satisfação com o atendimento e sua relação “existencial” com os profissionais de saúde, momento em que o sujeito possa se apropriar da promoção de sua saúde e de sua vida.

¹Ex-aluna do Curso Técnico de Gestão em Serviços de Saúde (2004-2006). Atualmente cursa Administração de Empresas na Universidade Estácio de Sá. Contato: vivianpbl@hotmail.com.

²Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Atuou como docente na EPSJV.

³Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (LIREs) da EPSJV. Graduada em Pedagogia pelas Faculdades Integradas Simonsen (FIS, 1980). Possui especialização em Docência Superior (FIS, 1995), em Recursos Humanos para a Saúde (Fiocruz, 1999) e em Educação Profissional em Saúde (EPSJV/Fiocruz, 2005), entre outras. Contato: dengomes@epsjv.fiocruz.br.



Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde.

Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegam, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. (BRASIL, 2006).

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o profissional de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica, então, a necessidade de mudança. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão, modelo este que valorize a inclusão do sujeito nos processos decisórios da instituição, com gestão participativa em todos os níveis.

Os modelos de gestão atualmente implementados são, em sua maioria, burocratizados, geram como sintoma a queixa, que toma um aspecto cultural que não valoriza a inclusão dos vários segmentos da sociedade na produção conjunta de saúde, ferindo o ser humano individualmente, justamente aquele que seria o agente da mudança. A humanização, sobre a qual tanto se fala e se cogita, prevê uma nova visão do atendimento ao paciente e aos demais profissionais. Para que isso ocorra, é necessário que se compreendam o diferente, a subjetividade do indivíduo, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.

Partindo desse pressuposto, pretende-se estudar a humanização por meio da compreensão sobre as relações instituição-usuários existentes, tendo como eixo norteador a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção da Saúde, do Ministério da Saúde.

Serão abordados no decorrer do artigo o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização, a participação dos atores do processo, a cultura da “queixa” e a metodologia utilizada no artigo.

O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Para iniciarmos, será feito um breve histórico, necessário para que se possa ter uma visão global dos fatos ocorridos durante o processo. A saúde, conhecida como “pública”, sofreu várias “reformas” sanitárias para poder atender a toda a população.

Inicialmente, na década de 1920, só havia o atendimento público a quem contribuía para as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e a assistência médica era exclusivamente curativa. As pessoas que não podiam contribuir eram “encaminhadas” a entidades filantrópicas, cujo atendimento era oferecido como “caridade”. Havia também a assistência médica particular, pouco utilizada devido ao alto custo das consultas. Passados anos, o serviço médico público vigorou para os trabalhadores que possuíam carteira assinada e que, da mesma forma, contribuía.

O modelo “médico assistencialista” teve como base o processo de urbanização e industrialização que ocorreu no Brasil a partir dos anos de 1920 e 1930. Desenvolvido como componente do sistema previdenciário, ele tinha como clientes os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Atendia, basicamente, o que a autoavaliação da clientela definia como problema. Diz-se por isso que, nesse modelo, as atividades de prevenção eram preteridas em função das atividades meramente curativas.

Tais fatores – a priorização da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações preventivas e de promoção da saúde – são fundamentais para explicar a precária evolução dos serviços de saúde, assim como a desarticulação das ações entre os níveis governamentais.



Na prática, esse modelo resultava na busca de atendimento exclusivamente hospitalar, geralmente localizado nos grandes centros urbanos, que ficava sobrecarregado, sem capacidade de priorizar os usuários com problemas que realmente necessitavam de atenção hospitalar, uma vez que as pessoas não encontravam soluções para seus problemas nos centros e postos de saúde.

Entende-se por “modelo assistencial” o modo como estão organizadas e combinadas as diversas formas de intervenção no processo saúde-doença. Não se pode dizer que exista um modelo ideal, mas sim um modelo mais adequado a cada tipo de sociedade.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde recomendou que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um “Sistema Único de Saúde”, com comando único em cada esfera governamental, considerando que as atribuições de cada nível deveriam ter como fundamento o caráter federativo da nova República, de modo a romper com a centralização que esvaziou, nesta década, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios.

A partir da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União e começam a acontecer, então, as grandes mudanças estruturais anteriormente propostas na área da saúde, sendo um direito social do qual o Estado deve prestar assistência a todo cidadão. A saúde visa agora o coletivo, e não mais os indivíduos. Dessa forma, passam a se definir melhor as competências e, particularmente, inicia-se o processo de descentralização. (WILKEN, 2005, p. 50).

A rede de assistência do SUS, conforme descrita constitucionalmente, deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base as características locais, a situação de saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isto requer do poder público, no âmbito estadual, o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

O novo modelo proposto, legitimado pelo SUS – “o modelo integrado” – implica mudanças organizacionais (descentralização, hierarquia), uma nova compreensão do processo saúde-doença e a redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela sua definição negativa, de ausência de doença, mas de uma forma positiva, com qualidade de vida.

Outro aspecto de fundamental importância nessa proposta de gestão é a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletiva. (BRASIL, 2002).

Desencadeado esse processo, as instituições de saúde, por meio da voz dos usuários, profissionais e gestores, assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução dos serviços de saúde.

Esta nova rede assistencial vem possibilitar à população um acesso mais ágil e democrático, poupando assim o usuário do SUS da peregrinação por diferentes municípios e hospitais na busca por um melhor atendimento, garantindo o acesso dos pacientes e otimizando os recursos disponíveis no SUS.

Em 1990, a lei nº 8.080, de 19/09 – Lei Orgânica da Saúde – e a lei nº 8.142, de 28/12, regulamentam as determinações da Constituição e consagram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. (WILKEN, 2005, p. 102).

Esse processo permite legitimar o direito à saúde como garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a todos os habitantes do território nacional. O eixo norteador



de todo o movimento transitório do sistema perpassa os municípios com diretrizes mais claras, que regem agora o novo modelo do atendimento médico no Brasil.

Chegamos ao século XXI e percebemos que as conquistas obtidas com o passar do tempo estão sendo aperfeiçoadas. A complexidade desse processo exige novos modelos gerenciais que facilitem ações intrasetoriais e interinstitucionais, visando mudanças no modelo de atenção à saúde no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários.

Apesar dos direitos que os usuários possuem, de um atendimento digno, atencioso e respeitoso, que a política de humanização prega e que a Constituição assegura, ainda encontramos modelos assistenciais que enfocam a doença e desconsideram o valor da experiência subjetiva do paciente, contribuindo para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. Essa questão traz a necessidade de enfatizar a democratização das informações, como um controle social sobre as ações em saúde, assegurando propostas levantadas pela Reforma Sanitária no País.

A despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços oferecidos à população em muito se distancia da garantia efetiva do direito à saúde, tão almejada em nosso país. Isso ocorre porque a população desconhece os mecanismos de participação e acompanhamento das ações na saúde pública. Em face do desconhecimento por parte dos usuários, e também pela não incorporação deste na gestão pública, torna-se compreensível que esta também seja a visão dos usuários, descomprometidos com a sua própria saúde.

Portanto, as noções de cidadania e controle social em saúde, conceitos fortemente vinculados ao processo de conscientização da saúde, também são direitos que devem ser reivindicados, reconhecidos e protegidos. Apesar das contradições, o SUS foi criado em um modelo do qual a população deve participar, manifestando seus direitos, opinando sobre as decisões relacionadas às políticas de saúde, garantindo, assim, que o atendimento seja de acordo com suas necessidades.

Mas o que sabemos da rede de serviços do SUS? Ela funciona? Como é a realidade das unidades básicas de saúde? Qual o suporte com que o hospital conta na hora de dar alta ou encaminhar um paciente para a continuidade do tratamento?

Todas estas dúvidas e problemas são muito frequentes nos hospitais. Por isso, a preocupação do HumanizaSUS. A proposta da política é ajudar a estabelecer formas de cuidado humanizado tanto para os usuários quanto para os profissionais. Convém observar que é muito difícil oferecer o que não se tem. Desenvolver padrões de cuidados humanizados para os usuários requer formas de relações institucionais humanizadas também entre profissionais e chefias, com formações e responsabilidades diferentes.

Essas questões tocam nos aspectos cruciais da assistência e do funcionamento da organização de saúde. Tomadas em seu conjunto, elas representam o início do processo de humanização no hospital. É impossível pensar em humanização sem levar todos esses fatores em conta: a qualidade técnica e democrática da gestão e do processo de trabalho, a funcionalidade e o conforto dos espaços físicos, a capacidade de acolhimento, o respeito às diferenças e aos saberes populares, a eficiência e o aspecto democrático do sistema de saúde, seu acesso universal, sua equidade, sua complexidade e sua proximidade real das pessoas e da sociedade.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Do ponto de vista histórico, a humanização nos serviços de saúde surgiu devido às frequentes queixas dos usuários em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde.

O projeto chamado de “humanização” – um conjunto de desejos que virou conceito – nasceu vinculado à saúde da mulher, mais especificamente aos programas de humanização do parto, como reivindicação dos movimentos sociais. (Revista RET-SUS, 2005, p. 4).



Com o tempo e a constatação do número significativo de queixas dos usuários em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde, a proposta de humanização foi ampliada, ganhou operacionalidade e tornou-se, em 2000, política nacional.

Com a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ela deixou de estar restrita a programas específicos, mas manteve o foco na atenção (tanto nos hospitais como nos usuários). Depois passou a se chamar HumanizaSUS, uma política que se pretende transversal e que reconhece as particularidades de saúde de cada usuário, incluindo o contexto socioeconômico, além de buscar em experiências bem-sucedidas “conceitos” mais ampliados de humanização, que envolve a gestão e todos os atores envolvidos no processo (ibidem).

Entende-se por política transversal o conjunto de princípios e parâmetros que produzem ações nas diversas práticas de saúde. Essas práticas são caracterizadas por uma construção coletiva capaz de ir além dos diferentes núcleos de saber e de poder que atuam na produção da saúde, e desta forma devem traduzir os princípios do SUS em modos de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos, oferecerem um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes, promovendo ações humanizadoras da rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores/profissionais da saúde e usuários.

O PNHAH nasceu de uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde: buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema de Saúde – SUS.

Chama-se de transversal o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. (GUATTARRI, 1981, p. 39).

O grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

Ação importante na Política de Humanização, os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) são coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais em saúde. Constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada área da saúde, tem como atribuições: difundir os princípios norteadores da Humanização/PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço, promover o trabalho em equipe multi e interprofissional, propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores da instituição de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade. (PASSOS, 2006, p. 95).

Todos podem participar desses grupos: profissionais de saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano do governo.

Humanizar a assistência hospitalar, portanto, é dar lugar não só à palavra do usuário, como também à palavra do profissional de saúde,



de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da valorização do conhecimento e do respeito mútuo. Desta forma, a humanização valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, profissionais e gestores promovem o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, propiciando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos. Ademais, propicia a transformação dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Com isso, a humanização se operacionaliza, com a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos, a troca e a construção de saberes, a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias (ibidem, p. 80).

Segundo Oshiro (1998), a participação dos indivíduos nos grupos e nas comunidades, por meio da cooperação e da solidariedade, é a base para se alcançar o “bem comum”, o atendimento humanizado que satisfaça profissional e usuário. É por meio dessa “ajuda mútua” que os problemas são identificados e as soluções para os mesmos buscadas.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde.

Uma das metas-objetivo é divulgar em todas as instâncias do sistema, principalmente entre usuários, as marcas da PNH: o direito que todo usuário tem de saber quais são os profissionais que o atendem, a redução de fila com o acolhimento, a avaliação de risco, o direito a um acompanhante nas internações e consultas, e o direito dos usuários, trabalhadores e profissionais de participação na gestão dos serviços. (PASSOS, 2006, p. 63).



Dentro de todo processo construtivo do programa, conceitos como acolhimento, vínculo e integridade trazem como centro das preocupações da saúde o sujeito. Assim, a humanização do cuidado trata da valorização da vida, do respeito ao outro e de suas diferenças. “Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade” (BRASIL, 2002). Os críticos às propostas humanizadoras no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam e que, na maioria das vezes, as mudanças não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.

Sem dúvida, há um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relação entre profissionais quer seja destes com os usuários (CAMPOS, 2005, p. 44).

Com a instauração deste processo de burocratização, veio a reflexão de que realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação. Isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das práticas de saúde.

Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, propiciando práticas de saúde mais efetivas.

A Humanização, considerada nesta perspectiva, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas, uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com os novos modos de operar, decorrentes da incorporação do sujeito e de suas histórias de vida. O trabalho na saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem a participação ativa



dos usuários, nem há saber técnico que realize por si só este tipo de integração.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia a dia das unidades de atenção do SUS, nas quais a participação ainda é pequena. Mesmo os trabalhadores e profissionais de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizada e pouco participativa no sistema de saúde.

Conforme Campos (2000):

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem na verdade uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se altere também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. (CAMPOS, 2000, p. 88).

O maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde. Implementado, o desafio do Programa HumanizaSUS era colocar em prática tudo o que no documento oficial fazia com que a saúde fizesse jus à sua descrição constitucional.

A humanização depende ainda de mudanças nas pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, da possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicar com clareza a responsabilidade sanitária, é um instrumento poderoso para a mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles

próprios, têm interesses e desejos com os quais se devem compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

Segundo Foucault (1977) e Rosen (1979 apud DESLANDES, 2004), o hospital moderno teve como marco histórico de sua constituição organizacional a imposição, aos “pacientes”, do isolamento, da despersonalização, da submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividade) a procedimentos e decisões que sequer compreendiam.

A forma com a qual se trata o “doente”, que em nome da rigorosa prática científica aparta-o do seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu por muito tempo a cultura organizacional hospitalar.

A proposta de humanização, ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica constituinte do modelo de assistência hospitalar por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre os usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova cultura, na qual o sujeito possa expressar sua subjetividade e encontrar no outro, médico, a diferença como instrumento da partilha de saberes.

A humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, pretende atuar na descentralização, isto é, na autonomia da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho a as relações entre os diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes se preparar para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional.

Esta postura proporciona a construção de autonomia, capacidade de realização e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, responsabilidade conjunta desses sujeitos nas práticas de atenção e de gestão (PASSOS, 2006, p. 55).

A grande resistência à adesão total ao programa se dá por parte dos profissionais de saúde, pois ninguém molda modelos sem mudar quem faz. Partindo desse pressuposto é que os usuários manifestam desânimo, desamparo e descrédito para com o atual sistema. Estes esperam dos serviços mais do que um conjunto de cuidados dirigidos ao corpo “biológico”.



Os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções e a relação médico-paciente sobressai como elemento mais destacado nos julgamentos da qualidade do atendimento (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 357).

Tais afirmações evidenciam que a humanização, na perspectiva dos profissionais de saúde, põem em destaque o respeito, a diferença e a centralidade do diálogo como mecanismos fundamentais para resgatar as relações destes sujeitos que, por manterem contato direto com o sofrimento humano, principalmente nos serviços, se afastam e não interagem. Fator importante que precariza o atendimento é que os processos de trabalho no SUS dependem, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, que também dependem das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido. Por outro lado, o programa também é falho na medida em que problemas antigos, como a redução das filas e do tempo de espera, não foram superados de forma efetiva com o HumanizaSUS.

Portanto, a estratégia de um sistema mais humano, sem descartar o conhecimento técnico do profissional, passa por uma mudança cultural no atendimento. “Entendida assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética”. Isto é, sem comunicação, não há comunicação. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir no diálogo com nossos semelhantes.

A missão de todos, poderes constituídos e profissionais de saúde, será a de reconhecer o paciente como sujeito e não como objeto da atenção médica, o que nos impõe melhor compreender as ações cotidianas de qualquer unidade de saúde. Procura-se realçar a importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e sofrimento humanos no âmbito da saúde, especificamente no hospital, pois o ambiente hospitalar reflete essa problemática como que em um espelho, com o que de pior e de melhor acontece na nossa sociedade desumanizada e desumanizante.

Em síntese, a política visa à reorganização do processo de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais que envolvam trabalhadores e gestores; busca-se a implemen-



tação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe e a democratização dos processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, profissionais e usuários.

No tocante ao cuidado digno da dor e sofrimento humanos, o sistema de saúde brasileiro ainda está numa fase rudimentar. Há muito que se fazer em termos de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a questão, bem como intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura.

Dentre as ferramentas utilizadas pelo HumanizaSUS, propiciar um atendimento resolutivo, com qualidade e acolhedor, pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e profissionais – equipes – e entre os próprios usuários.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, o que implica uma postura de escuta e compromisso em fornecer respostas às necessidades de saúde pelo usuário, que inclui sua cultura, saberes e capacidade de avaliar os riscos, melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada, e a mudança de objetivo da doença para o sujeito. Uma postura acolhedora implica estar atenta à diversidade cultural, racial e ética (PASSOS, 2006, p. 8).

Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, o desafio é também criar instrumentos para que a clínica (atenção) e a gestão possam ser pensadas inseparavelmente. “Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos sujeitos a um recorte diagnóstico, a sua doença” (ibidem, p. 32). Deste desafio de lidar com os sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é que depende o sucesso do tratamento.



Mas ajudar usuários e profissionais a lidarem com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe. (Ibidem, p. 50).

É na interação que os diferentes sujeitos da equipe valorizam suas diferenças.

Todos podem participar desses grupos: profissionais de saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção à saúde, às inter-relações das equipes e à democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano do governo.

ATORES DO PROCESSO

Como vimos, a eficácia do Sistema de Saúde está fortemente ligada à qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários, no processo de atendimento hospitalar. (BRASIL, 2002).

Estes são os atores, os protagonistas na busca pela mudança nos serviços de saúde públicos. Cada um com sua responsabilidade, para que se possa humanizar a Saúde Pública.

Para ser responsável, é necessário conhecer a realidade, compreendê-la, explicá-la. Entretanto, a realidade da qual falamos aborda a contradição na qual estão inseridos os usuários: “Estes não distinguem unidades de cuidados básicos de hospitais, ou outras estruturas mais complexas dos serviços” (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 362).

Por isso, percorrem desde um posto médico a um hospital, sem saber onde realmente deveriam ser atendidos, ou ao menos ter o aten-



dimento básico. Essa total desinformação leva as pessoas a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento adequado para cada caso, causando verdadeiro caos nos serviços e as crescentes “rixas”, por não compreenderem que muitas vezes a procura pelos serviços é maior do que a quantidade de profissionais para se realizar o atendimento. Assim, os usuários interpretam muitas vezes como negligência a realidade por que o sistema passa.

Tais situações são decorrentes do desencontro de ideias e diferentes modos de pensar entre o usuário e o profissional.

A medicina, como toda prática inserida no contexto histórico-social, teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objetivo de sua ciência o “doente” que, nesta nova condição, perdeu suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente. (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 649).

Saber que este é apoiado pelo uso extremo da medicina técnica em detrimento do ser humano que ali se encontra, detentor de sua vida, saúde, emoções, que precisa ter suas subjetividades resgatadas, para que possa se ver e sentir-se presente e participante da rotina hospitalar.

Vale fazer aqui uma ressalva: é impressionante a dificuldade que o ser humano tem de ouvir, de escutar.

Ouvimos, mas na verdade não escutamos o outro, ouvimos o que ele tem a dizer, mas não o que ele quer nos transmitir emocionalmente. (GAUDERER, 1991, p. 186).

O objetivo aqui é enaltecer o respeito ao outro como um ser autônomo e digno, protagonista das ações referentes à sua saúde. Para tanto, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.



Esta singularidade de um ser para o outro, que deveria diferenciá-lo, não é vista e muito menos reconhecida. É fundamental que se construam sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. É importante partir do conhecimento e experiência que as pessoas têm e permitir a troca de ideias. O ato médico, extremamente normativo, extingue qualquer possibilidade de melhoramento, pois a mudança gera a visão negativa do processo. As pessoas não resistem às mudanças; resistem a serem mudadas.

O cotidiano, enquanto experiência de vida, torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções, ao mesmo tempo em que representa um espaço de luta e poder (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 361).

Esse espaço não deve ser alternativo, e sim existencial, para que a essência humana possa ser desvendada pelas relações pessoais.

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de consequências negativas para o relacionamento profissional-usuário. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que somente o profissional de saúde é quem sabe a respeito do estado de saúde do usuário, e não (ou também) o próprio usuário. A comunicação entre esses atores tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo, e conseqüentemente pela falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente.

Assim, não existe projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. Tal premissa envolve também outras estratégias, dirigidas para aumentar o poder do doente ou da população em geral, frente ao poder da autoridade do saber e das práticas sanitárias.



Portanto, mais do que um desconhecimento dos direitos, a população apresenta uma sensação de resignação, de submissão, embora se possa identificar na sua fala a percepção de que a realidade deveria ser diferente, tendo em vista seus direitos. (Ibidem, p. 364).

Pelas várias alusões à questão da participação no enfrentamento das questões relativas à saúde, dentre outras esferas, torna-se claro que participar tem como principal objetivo ser ajudado. Ao lado disso, problemas com o acesso aos serviços, a demora dos exames, além da incapacidade do setor em responder a uma série de outras demandas acarretam consequências importantes para a saúde da população, cujas respostas são a baixa resolutividade da queixa do usuário e o abandono do tratamento, entre outras medidas. Por outro lado, na ausência de canais de participação efetiva, mesmo que a população queira, torna-se muito difícil reivindicar, sobretudo num contexto em que mesmo o segmento social mais fortemente organizado defronta-se com obstáculos excepcionais para levar à frente sua demanda.

A participação da sociedade por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social. (BRASIL, 2002).

Neste momento, é imprescindível a atuação do gestor, como interventor no sistema e idealizador das políticas em prol dos serviços. O gestor deve estar comprometido juntamente com os usuários e os profissionais de saúde, para que o atendimento possa valorizar a vida humana e propiciar o convívio social entre os usuários e a unidade.

O lugar do usuário nos serviços e no sistema de saúde, sobretudo no que se refere à sua condição de sujeito, será ressaltado com as noções de humanização, cujo foco é a dimensão humana, individual e ética do atendimento e a de direitos do paciente, cujo foco é a dimensão da cidadania (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 610).



Tanto o profissional quanto o usuário, individual ou coletivamente, transferem afeto. É necessário aprender a prestar atenção nestes fluxos de afeto para melhor compreender-se o outro e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. (PASSOS, 2006, p. 39).

São essenciais na relação médico-paciente o contato, a transparência, a compreensão, o apoio mútuo, o carinho e o respeito pelo sofrimento próprio e do outro, aproximando os sujeitos e humanizando a relação. Uma relação interpessoal saudável é, em essência, o respeito e o carinho pelo outro e pelas suas relações. Esta é a “nova” relação médico-paciente. Uma relação humana, aberta, democrática, flexível, de respeito e responsabilidades recíprocas. Cresce com isso o paciente, que passa a ter uma atuação mais direta sobre a sua doença, compartilhando e dividindo responsabilidades. O paciente sai da posição de objeto e torna-se um indivíduo-cidadão, capaz de julgar e opinar conscientemente. Torna-se usuário.

Quanto maiores a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, maior será a possibilidade de um atendimento efetivo à população.

Para tanto, é necessário o estímulo à participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços, capacitar os profissionais dos hospitais públicos para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento, como também o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania.

No momento em que o país assume direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde, de modo sintonizado com o combate à fome e à miséria social.



A CULTURA DA “QUEIXA”

Para tratarmos do processo cultural do atendimento brasileiro em relação à saúde da população, onde esta se insere e onde suas subjetividades são expressas em seu grupo social, veremos primeiramente seu significado e sua abrangência. A cultura aqui será compreendida como um conjunto de conhecimentos adquiridos em determinado campo, que são transmitidos coletivamente e típicos de uma sociedade.

O modelo assistencial brasileiro tradicional é centrado em prescrições médicas e na produção de procedimentos que utiliza instrumentos tecnológicos e medicamentos como principal recurso diagnóstico – por não haver articulações entre gestor e profissionais. Portanto, preconiza um modelo político-econômico predominantemente excludente, pois não inclui estes sujeitos nas tomadas de decisão da instituição. Por esta razão é que a população, cansada de “ser colocada de lado nos hospitais”, enxerga como única saída a queixa em relação ao atendimento recebido. Essas queixas não são apenas questionamentos do serviço prestado, como o atendimento técnico em si, e sim o sofrimento vivo que o ser humano expressa no momento de fragilidade e fraqueza.

De acordo com Gauderer (1991), não é fácil ser paciente! A pessoa se sente exposta, agredida física e emocionalmente, não só pela doença, como também pelo profissional de saúde, que apalpa, aperta, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições e dita normas. A pessoa doente sente inquietações, angústias, medos, frustrações, inseguranças, inferioridades, incapacidades, raivas e outras emoções.

Então o que vem a ser humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo:



sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. (BRASIL, 2002).

A população brasileira ainda possui enraizada em sua cultura a crença de que o acesso à saúde é um "favor" que o profissional lhe oferece. Esta visão reduzida do conceito de saúde, aliada à suposta "bondade" com a qual estas pessoas são tratadas nos hospitais, as mantém afastadas de toda e qualquer possibilidade de interação com as equipes profissionais. Só no momento em que a população tomar consciência de seus direitos, o que lhes é resguardado na Constituição, é que se criarão sujeitos ativos neste processo de mudança.

Este modelo de atenção culturalmente arraigado é centrado na relação queixa-conduta. Ou seja, a queixa é o que determina o procedimento, e não o olhar integral ao sujeito. Os fatores emocionais do sujeito não podem ser deixados de lado no atendimento à saúde. O atendimento deve levar tudo isso em conta, e não somente a queixa do momento, porque essa queixa pode ser apenas um dos problemas. Este "sintoma" – a queixa – demonstra o quanto os usuários estão fora do sistema, da realidade na qual a instituição se encontra, e por pior que esta situação possa parecer existe a limitação de se ver apenas o corpo doente da pessoa, e não ela como um todo.

Para mudar a forma com a qual a pessoa se vê, se reconhece, e conhece o outro, é necessário que esta atitude parta do próprio, e não de outra pessoa. O ser humano tem que querer mudar para assim poder transformar os outros e poder mostrar-lhes o quanto, juntos, podem somar para a melhora dos serviços de saúde. O Brasil, por ser um país com desigualdades sociais, torna ainda mais perversa a situação da saúde pública, por não possibilitar o acesso dessas pessoas aos mínimos direitos de saúde e principalmente de cidadania. É esta cultura de atendimento (prestação de favores) que se mantém na cabeça dos homens e que promove o fracasso da busca pela qualidade e acaba de vez com a expectativa do bom atendimento.

Desta forma, tanto o profissional quanto o usuário devem atuar na conversão da cultura de atendimento para que se preservem a vida e a dignidade humana. Ciente dos problemas (falta de infraestrutura, de



profissionais etc.), mas alheio ao processo de mudança, esse coletivo (usuários) se acomoda e se alicerça na convicção de que nada pode ser feito e nada será mudado com o modelo assistencial tradicional que, como regra, enfoca a doença e desconsidera a subjetividade do “paciente”. Este expõe suas expectativas com relação ao atendimento e se vê frustrado com o distanciamento de ambos os atores do processo.

Esse desencontro de ideias e diferentes modos de pensar reforçam o que já é constatado, que a falta de diálogo entre as partes é o fator culminante do não reconhecimento da relação que ali está. O objetivo da cura ultrapassa a “barreira” do sofrimento do usuário e o naturaliza para esta ação (normatização do atendimento).

Dentre todas as crises que ocorrem no sistema (SUS), de modo geral, os atores confirmam sua impotência para com os problemas, mas não se deve isentá-los da responsabilidade para com o serviço. A partir daí é que a consciência de uma Política de Humanização vai se estabelecer. Para nortearmos este processo, devemos valorizar a qualidade do atendimento técnico aliado à experiência de vida que o usuário possui. Em outras palavras, devemos valorizar o diálogo como mecanismo de intervenção nestes saberes, através da linguagem compartilhada, onde ambos os atores se reconhecem como “construtores” dos novos rumos da Saúde Pública.

A MUDANÇA

A mudança da cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve a participação de todos os atores do sistema e não é fácil de ser mensurada. Este é um processo gradativo que implica a postura do profissional diante do trabalho de grupo e da vida, a transformação do paciente em usuário-cidadão, quando seus direitos pautarão as mudanças necessárias para uma cultura mais humanizada. O respeito deve pautar as atitudes e a comunicação, e ambos assumem papel condutor para viabilizar essa relação de troca.



O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades. (BRASIL, 2002).

Gestores e equipes de profissionais deparam-se, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, têm de atender às necessidades das pessoas que se encontram em situação de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho. É justamente a realização dessas duas tarefas – a construção de um espaço coletivo para reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas para os desafios encontrados – que poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários. (BRASIL, 2002).

Deve-se propiciar um espaço para aproximar as pessoas, para compartilhar as tensões sofridas no cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as diferenças, os sonhos de mudança, e buscar, através da análise e da negociação, propostas que permitam de fato que as melhorias desejadas aconteçam.

O primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional, cultura essa que deve ser pautada pelo respeito e pela cidadania nos agentes envolvidos e nos usuários. (BRASIL, 2002).

É necessária uma gestão da saúde voltada para uma nova fase da reforma sanitária, com uma política de inclusão e gestão participativa, como descrito nas diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e atenção à saúde.

A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. O objetivo aqui é possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar do SUS.



É reconhecer a necessidade de se construir relações entre os sujeitos, o profissional e o usuário, portadores de conhecimentos e experiências diferentes, onde possa reconhecer no outro a capacidade de expressar, compreender, tomar decisões e agir sobre problemas de saúde. Consolidar esses sujeitos ativos, no sentido de pensarem juntos um sistema de saúde resolutivo e mais humanizado.

Esse reconhecimento individual do ser humano como agente da mudança implica o fato de que a linguagem compartilhada é instrumento de comunicação que leva à promoção e produção da saúde, minimizando os problemas enfrentados, filas e relações conflituosas.

A partir da análise da real relação entre usuários e os profissionais da área da saúde, podemos apontar a possibilidade de mudança na produção da subjetividade de ambos, objetivando a prestação de serviços com qualidade, e também mapear as necessidades e buscar formas de solução para integração entre as unidades de saúde local, para melhorar a oferta, reorganizando a demanda e oferecendo um atendimento universal com qualidade.

METODOLOGIA

A pesquisa de campo foi realizada por amostragem de conveniência, tendo como objetivo levantar o grau de satisfação do usuário em relação ao acolhimento; tempo de espera; condições de trabalho etc.

O trabalho utilizou como campo dois hospitais da rede pública na cidade do Rio de Janeiro, um da esfera federal e o outro municipal. O primeiro, categorizado como hospital geral, com emergência, e reconhecido como Centro Regional Terciário; e o segundo também como emergência, em regime de 24 horas, capacitado para absorver urgências clínicas e cirúrgicas de até médio porte, com serviços de radiologia e laboratório.



Optou-se por essas unidades por pertencerem à mesma área programática (AP3. 1)⁴, ambos com atendimento de emergência, porém de esferas diferentes, o que talvez nos levasse a perceber diferenças de opiniões dos entrevistados em relação a alguns aspectos. Deduziu-se no momento da escolha que a demanda e o perfil de usuário fosse o mesmo, por estarem dentro da mesma área programática.

Em média, 40 (quarenta) usuários foram convidados a participar da pesquisa, escolhidos aleatoriamente. Durante a abordagem era explicado, em linhas gerais, o objetivo do trabalho e que tipo de pergunta seria feita. Muitos não aceitaram participar por receio de que suas indagações pudessem influenciar e até mesmo “atrapalhar” o atendimento do mesmo. Foram entrevistados 26 (vinte e seis) usuários, sendo 13 (treze) da Unidade Federal e 13 (treze) da Unidade Municipal, todos com mais de 20 (vinte) anos de idade.

A abordagem se deu sempre no momento da saída do usuário da unidade. As entrevistas foram realizadas em quatro dias da semana, sendo dois dias no período da manhã e dois dias no período da tarde, nos meses de novembro e dezembro de 2006, para ambas as unidades. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, com questões fechadas e abertas, que buscavam levantar o perfil dos usuários e questões sobre a temática da pesquisa, agrupadas por categorias, a fim de se obter o grau de envolvimento dos usuários com o sistema atual de saúde, opiniões e o grau de satisfação em relação aos serviços recebidos.

A seguir, encontram-se os resultados obtidos com a pesquisa.

⁴ Hospital Geral de Bonsucesso e Hospital Municipal Paulino Werneck.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

PERFIL DO USUÁRIO

Tabela 1: Idade dos entrevistados

FAIXA ETÁRIA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
20 – 29	-	-	-	-	0
30 – 39	1	4	2	2	9
40 – 49	1	3	1	2	7
50 – 59	-	2	1	3	6
60 +	-	2	1	1	4
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Embora tivesse sido determinado que a idade mínima para a entrevista fosse de 20 anos, a idade dos usuários entrevistados variou de 30 (trinta) a mais de 60 (sessenta) anos, sendo a maioria entre 30 (trinta) e 39 (trinta e nove) anos, predominando o sexo feminino nas duas unidades.



Tabela 2: Escolaridade dos entrevistados

ANOS DE ESTUDO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Nenhum	-	-	1	-	1
1 a 3 anos	-	-	-	-	-
4 a 7 anos	-	3	-	2	5
8 a 11 anos	2	4	2	1	9
12 e mais	-	4	-	-	4
Ignorado	-	-	2	5	7
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

A Tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos entrevistados é diversificado, porém a maioria tem de 8 a 11 anos de estudo, sendo que 7 usuários, todos da unidade municipal, não quiseram responder a esta questão.

Tabela 3: Motivo da procura

MOTIVO DA PROCURA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Prevenção de Doença	-	3	2	1	6
Tratamento de Doenças	-	4	2	4	10
Marcação de Consulta	1	4	1	2	8
Problema de emergência	1	-	-	1	2
Outros	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Apesar de as unidades terem o perfil de atendimento de emergência, a procura maior foi por tratamento de doenças. Apareceram queixas em relação ao atendimento, que serão comentadas mais adiante, que não estavam relacionadas com um atendimento de emergência. Alguns mencionavam que vinham de regiões distantes, especialmente os da unidade federal, porém não foi possível levantar se existe procedência maior de alguma região específica, posto que não houve esse tipo de preocupação no ato da entrevista.



Tabela 4: Acolhimento

CONSEGUIU ATENDIMENTO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
SIM	-	9	4	8	21
NÃO	2	2	1	-	5
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

As Tabelas 4 e 5 têm como objetivo levantar e analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência nas unidades pesquisadas, entendendo e corroborando com o MS que o acolhimento é uma das diretrizes que contribui para alterar as grandes lacunas que ainda existem no modelo de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso e ao modo com que o usuário é acolhido no Sistema de Saúde. Dos 26 entrevistados, 5 não conseguiram atendimento.

Tabela 5: Resolutividade para os que não conseguiram atendimento

SOLUÇÃO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Marcou para outro dia	-	-	-	-	-
Encaminhou para outra unidade	2	2	1	-	5
Retornar outro dia/sem solução	-	-	-	-	-
Usuário desistiu devido à demora do atendimento	-	-	-	-	-
Não respondeu	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-
TOTAL	2	2	1	-	5

Fonte: Entrevistas com usuários.

Os cinco usuários que não conseguiram atendimento foram encaminhados a outra unidade. Esse dado, isoladamente, indica que o sistema de referência e o acolhimento como instrumento que modifique o trabalho em saúde, como prevê a Política de Humanização, estão funcionando nas duas unidades. Entretanto, associada a esta opção, era questionado se esse encaminhamento tinha sido feito por escrito (Guia de encaminhamento) e todas as respostas foram negativas. Todos se sentiam “perdidos” e a única orientação que tinham por parte de quem os atendeu era que procurassem a unidade X ou Y, e que o tipo de atendimento procurado não era realizado ali. O entrevistado da unidade municipal já tinha sido atendido nesta unidade em outra ocasião, assim como dois dos quatro não atendidos na unidade federal.



Tabela 6: Tempo de espera

TEMPO DE ESPERA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Atendido Imediatamente	-	-	-	-	-
Menos de 10 min	-		-	-	5
De 10 min a 14 min	-	-	-	-	-
De 15 min a 29 min	-	-	1	1	2
De 30 min a 1 hora	-	3	1	4	8
Mais de 1 hora	2	8	3	3	16
Desistiu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Todos os entrevistados reclamaram do tempo de espera e, como mostra a Tabela 6, a maioria esperou mais de 1 hora para ser atendida por algum funcionário. Até aqueles que não conseguiram o atendimento que procuravam tiveram que esperar para, depois, serem informados de que a unidade não os atenderia. Um chegou a comentar: “Tanto tempo pra nada”.

Tabela 7: Horário de chegada na unidade

HORÁRIO DE CHEGADA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
De Véspera	-	-	-	-	-
Menos de 4h da manhã	-	-	-	-	-
De 4h às 6h	-	3	3	1	7
De 6h às 7h59	2	4	-	3	9
Depois de 8h	-	-	2	2	4
Outros	-	3	-	2	5
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Percebe-se que ainda existe uma cultura da necessidade de chegar muito cedo para conseguir atendimento, talvez por isso a maior queixa dos usuários tenha sido em relação à espera.



Tabela 8: Tempo que utiliza a unidade

TEMPO QUE UTILIZA A UNIDADE	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Primeira vez	1	1	-	3	5
Menos de 1 ano	-	-	-	-	-
De 1 a 4 anos e 11 meses	-	-	-	-	-
De 5 a 9 anos e 11 meses	1	10	2	5	18
Mais de 10 anos	-	-	3	-	3
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

As Tabelas 8 e 9 têm como objetivo perceber a frequência com que os pacientes utilizam a unidade, assim como a utilização das mesmas para o serviço de emergência. Entretanto, percebe-se que ambas as unidades são utilizadas mais para tratamento de doenças.

Tabela 9: Frequência com que utiliza a unidade

FREQUENCIA DE UTILIZAÇÃO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Primeira vez	1	1	-	3	5
1 vez por semana	-	-	-	-	-
1 vez por mês	-	2	-	2	4
De três em três meses	-	5	3	3	11
De seis em seis meses	-	2	-	-	2
1 vez por ano	-	1	1	1	3
Outras	1	-	-	-	1-
TOTAL	2	11	5	8	26

A maioria dos entrevistados utiliza as unidades há mais de cinco anos e cinco usuários estavam procurando as unidades pela primeira vez, porém os dois da unidade federal não conseguiram atendimento.



Tabela 10: Opinião sobre o atendimento na recepção (profissionais administrativos)

ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	-	1	-	1
Bom	-	2	1	1	4
Regular	1	5	-	-	6
Ruim	1	4	1	5	11
Péssimo	-	-	2	2	4
Não respondeu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Muitas vezes, a qualidade do atendimento em uma unidade é associada somente ao tipo de atendimento que se recebe na recepção, embora saibamos que a qualidade do atendimento está relacionada com uma gestão harmoniosa em que todos os atores participem, havendo um compromisso coletivo. A PNH prevê um acolhimento humanizado e, portanto, foi questionada a opinião dos usuários sobre o atendimento na recepção. Percebe-se na Tabela 10 que a unidade federal foi avaliada como regular por um número maior de pessoas e a unidade municipal, como ruim. Um dos usuários da unidade municipal criticou que algumas informações foram obtidas com o vigilante da unidade, sendo de seu conhecimento que não cabe ao vigilante prestar tais informações.

Tabela 11: Opinião sobre o atendimento na recepção

ATENDIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	1	-	1	2
Bom	-	-	1	2	3
Regular	-	7	2	4	13
Ruim	-	-	1	-	1
Péssimo	-	1	-	1	2
Não respondeu	2	2	1	-	5
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Segundo o Ministério da Saúde, várias pesquisas apontam reclamações dos pacientes em relação ao atendimento dos profissionais de saúde. Essas mesmas pesquisas, inclusive, muito contribuíram para a implantação da PNH.

Com relação à questão sobre a opinião a respeito da qualidade de atendimento dos profissionais nas unidades pesquisadas, houve certo constrangimento dos usuários no momento de suas respostas. Uns “pensavam” primeiro, confirmavam se os seus nomes não seriam mencionados, para depois manifestarem suas opiniões. A maioria classificou como regular o atendimento “médico”, pois tiveram dificuldade em distinguir os diferentes profissionais da saúde. Os dois que elogiaram o atendimento fizeram questão de dar o crédito ao “seu médico”, dizendo “o atendimento do Dr. Fulano é ótimo”.



Tabela 12: Opinião sobre a ambiência da unidade para o usuário (iluminação, ventilação, limpeza, sanitários, salas de espera etc.)

CONDIÇÕES DE AMBIÊNCIA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	2	-	-	2
Bom	-	-	-	2	2
Regular	1	7	4	4	16
Ruim	1	-	-	-	1
Péssimo	-	2	1	2	5
Não respondeu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Tabela 13: Opinião sobre as condições de trabalho para os profissionais (iluminação, ventilação, limpeza, sanitários, salas de espera etc.)

CONDIÇÕES DE AMBIÊNCIA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	2	-	2	4
Bom	-	-	1	1	2
Regular	-	-	-	-	-
Ruim	1	5	4	2	12
Péssimo	1	4	-	3	8
Não respondeu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

QUESTÕES ABERTAS DA ENTREVISTA

As questões abertas tinham a finalidade de facilitar uma análise geral sobre as ideias, os valores e a consciência que os usuários têm sobre seus direitos, assim como detectar incoerências nas respostas fechadas. Primeiramente, perguntou-se o que eles entendiam sobre “humanização do atendimento” e se o atendimento recebido tinha sido humanizado. Em seguida, as questões giravam em torno das maiores dificuldades em relação à unidade. Caso o usuário pedisse maiores orientações, era sugerido que respondesse a respeito do que mais lhe causava angústia; por último, as questões tratavam dos pontos positivos que o levavam a utilizar aquela unidade.



Em relação ao que o usuário entende por humanização, descrevemos aqui as respostas que mais apareceram: “tratamento digno com respeito e qualidade”; “ter um atendimento digno e atencioso”; “ser bem atendido pelos médicos”; “ser bem acolhido”; “receber uma atenção especial por todos os profissionais, desde a recepção até o atendimento final”. Na questão sobre as maiores dificuldades dos entrevistados, obtivemos respostas bem variadas: alguns reclamaram da distância de suas residências e da falta de dinheiro para o pagamento de passagens. As queixas comuns às duas unidades foram as relacionadas com a marcação de consultas e a demora no atendimento. Alguns esperaram vários meses para conseguir aquela consulta da qual acabavam de sair; outros tinham conseguido marcar consulta no dia da entrevista, mas para muito tempo depois, o que os deixava inseguros quanto à sua recuperação.

Todos se queixaram da demora no atendimento, porém alguns disseram estar satisfeitos em relação à resolutividade do tratamento, tanto na unidade federal quanto na municipal. Outros, apesar de não satisfeitos com o tratamento recebido, mostraram-se resignados, declarando que não tinham outra opção, com os seguintes depoimentos: “Fazer o quê? Eu não tenho dinheiro para pagar um plano de saúde”; “Aqui a gente não paga, por isso é assim”; “Aqui pelo menos é pertinho de casa”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar à eficiência técnica e científica valores éticos, além do respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo.

Descobrir como as relações profissionais-usuários se estabelecem no interior da unidade de saúde, como são mantidas e reconhecidas, é

de suma importância para que se possa atuar de forma eficaz na troca de saberes, visto que tais encontros são existenciais e, apesar disso, não reconhecidos por ambos os atores.

Durante o trabalho de campo, foi possível observar diferentes questões não previstas anteriormente, como a situação de extrema carência dessas pessoas e a falta de atuação do Poder Público mediante a necessidade da população. Por outro lado, também, as dificuldades desses hospitais em atender a uma demanda acima do previsto em seus planejamentos e as dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos profissionais que trabalham sem as condições mínimas de ambiência, preconizadas pela PNH, acarretam consequências na qualidade e na produtividade dos funcionários, muitas vezes influenciando até a autoestima ou a saúde do trabalhador. A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, a humanização das relações no trabalho – em suma, ações que sejam voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam direitos sociais.

Um hospital pode ter todos os instrumentos tecnológicos e mesmo assim ser “desumano” em seu atendimento, por tratar as pessoas como objetos de intervenções técnicas, sem serem ouvidas suas angústias. Para tal mudança, é necessário sensibilizar os gestores do SUS para a questão da Humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita o ideário da PNH.

Alguns critérios são imprescindíveis para o sucesso da Humanização do atendimento, tais como: condições de acesso, qualidade das instalações e dos equipamentos, clareza nas informações oferecidas aos usuários, gestão participativa, condições de trabalho e apoio na instituição, e sempre valorizando o trabalho desses profissionais para que eles sempre estejam motivados a “dar” o melhor de si, para salvar vidas.

A PNH HumanizaSUS vem fortalecer os princípios do SUS e “convocar” toda a sociedade a participar das decisões que interferem diretamente em suas vidas. Responsabilização coletiva é a maneira através



da qual todos – usuários, profissionais, trabalhadores e gestores – podem estar comprometidos com o “resgate” da saúde como “bem” público e social, devendo assim permanecer sob a guarda de todos.

Produzir vida e saúde, em meio à doença, é possível! Dar dignidade ao ser humano em um hospital, respeitando as diferenças entre um e outro, também.

Tematizar a humanização da assistência abre, portanto, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Muitos são os desafios que atravessam os nossos desejos de construir uma saúde digna e humanizada para todos os cidadãos, mas compreendemos que é somente pela participação das pessoas que se constrói um SUS humanizado é efetivo.

O trabalho procurou refletir e mostrar a urgência de se promover mudanças no atual sistema. Esperamos ter contribuído positivamente para a elaboração de novas metas e perspectivas para o serviço, de maneira que os usuários sejam escutados e acolhidos nessas unidades, com respeito mútuo e atendimento digno, condizente com suas realidades de vida.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.



BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde. Com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 355-365, abr.-jun. 1998.

BRASIL. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp. 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: *O Brasil falando como quer ser tratado*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. (Série Histórica do Conselho Nacional de Saúde n. 2, Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. PNHAH/MS. 2. ed. rev., Brasília: MS, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*, São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico para uma humanização da prática médica. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul.-set. 1999.

CHIZZOTTI, A. *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

_____. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 401-103, 2005.

GAUDERER, E. C. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. Rio de Janeiro: Record, 1991.



GUATARRI, F. Transversalidade. In: *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*, Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

MINAYO, M. C. de S. ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OSHIRO, J. H. *Educação para a saúde nas instituições de saúde pública*. Dissertação (Mestrado), PUC, São Paulo, 1998.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

REVISTA DA REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - RET-SUS, ano I, n. 6, março 2005.

SILVA, C. O. da. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde*. 2002. 128 p. Tese (Doutorado), Fiocruz/Ensp, Rio de Janeiro.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SIMPÓSIO HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO À SAÚDE. Disponível em: www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2.htm. Acesso em: 26 jun. 2006.

TRAVERSO-YEPES, M.; MORAIS, N. A. de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas



de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VIANA, R. V. *A humanização no atendimento à saúde: construindo uma nova cultura*. 2004. 122 p. Dissertação (Mestrado), Fiocruz/Ensp, Rio de Janeiro.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

WILKEN, P. R. C. *Política de saúde no Brasil – O Sistema Único de Saúde (SUS): uma realidade em construção*. 1. ed., Rio de Janeiro: H.P. Comunicação Associados, maio de 2005. 208 p.

Sites consultados

BRASIL. HUMANIZA SUS. Disponível em

<www.saude.gov.br/humanizasus>. Acesso em: 9 dez. 2006.

PORTAL HUMANIZA. Disponível em:

<www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=87>. Acesso em: 31 out. 2006.

PORTAL HUMANIZA. Disponível em:

<www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=119>. Acesso em: 21 out. 2006.



