

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

**Organização**  
André Vianna Dantas  
Maurício Monken



**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. 6**

**ORGANIZAÇÃO**  
Maurício Monken  
André Vianna Dantas



Copyright © 2010 dos autores  
Todos os direitos desta edição reservados à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

**Capa**

Zé Luiz Fonseca

**Editoração**

Marcelo Paixão

**Revisão**

Ana Lúcia Prôa

**Conselho Editorial**

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

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

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

---

M745i Monken, Maurício (Org.)  
Iniciação científica na educação profissional em saúde:  
articulando trabalho, ciência e cultura, volume 6 / Organização  
de Maurício Monken e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro:  
EPSJV, 2011.

196 p. : il.

ISBN: 978-85-98768-60-1

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

CDD 370.113

## SUMÁRIO

<b>Apresentação .....</b>	<b>7</b>
<b>A relação corpo-alma em Platão como norma de reaproximação entre medicina e filosofia .....</b>	<b>9</b>
Eduarda Pianete Moreira	
<b>Entre o direito e a norma: o discurso do programa Brasil sem homofobia e sua repercussão na saúde .....</b>	<b>37</b>
Eliane Vieira Lacerda de Almeida	
<b>A informação no processo de gestão: o caso do núcleo interno de regulação do Hospital Federal de Bonsucesso .....</b>	<b>63</b>
Gabrielle Diogo Mello	
<b>Políticas públicas de transplantes e o Sistema Único de Saúde: refletindo sobre a integralidade e a participação popular nas políticas de gestão em saúde .....</b>	<b>85</b>
Jessica Di Chiara Salgado	
<b>Método cartesiano e a representação da subjetividade no cinema: uma análise do filme <i>Waking Life</i> .....</b>	<b>107</b>
João Marcos Leitão Araújo	
<b>O discurso da responsabilidade social: análise de empresas privadas e de uma instituição pública de saúde .....</b>	<b>131</b>
Juliana Pereira de Paula	
<b>O poder e a produção do sujeito normal: uma análise do filme <i>Laranja Mecânica</i> .....</b>	<b>153</b>
Karen Oliveira Santos	
<b>Integralidade nas ações do Caps: a perspectiva do profissional da saúde mental acerca do cuidado integral em saúde .....</b>	<b>175</b>
Luiza Macedo Travalloni	

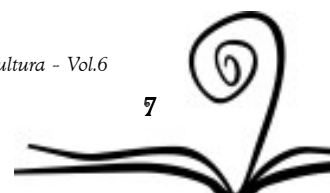


## APRESENTAÇÃO

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

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

Evidentemente, todo o processo de construção da monografia, bem como a produção do artigo, não poderia prescindir do papel decisivo dos orientadores na condução desta que, na prática, significa a primeira inserção destes estudantes, como autores, no campo do debate acadêmico. Na busca constante pela melhor e mais justa forma, a partir deste volume os textos passarão a ser assinados apenas pelos autores de fato dos trabalhos: os estudantes. Até então, adotávamos a fórmula da dupla assinatura para simbolizar a parceria no processo de trabalho de produção dos artigos. O elogio desta parceria, no entanto, que tem conferido sentido próprio ao trabalho e à formação para a pesquisa no nível médio na EPSJV,



queremos reforçar nestas linhas e nos devidos créditos que estão presentes em cada um dos textos. Aos pesquisadores, antes e sempre orientadores e orientandos, parabéns!

Por fim, a multiplicidade dos temas presente nas páginas que se seguem reflete o amplo leque de opções que se abre quando conquistamos uma chave de leitura da realidade.

A todos, uma boa leitura!

**André Vianna Dantas**  
**Maurício Monken**



# **A RELAÇÃO CORPO-ALMA EM PLATÃO COMO FORMA DE REAPROXIMAÇÃO ENTRE MEDICINA E FILOSOFIA**

**Eduarda Pianete Moreira<sup>1</sup>**

*Entre las varias actividades de amor sólo hay una que pueda  
yo pretender contagiar a los demais: el afán de comprensión.*

*Jose de Ortega Y Gasset, Meditaciones Del Quijote*

Já em seu título, este trabalho traz consigo, ainda que de maneira discreta, um pressuposto. Quando fazemos uso da palavra 'reaproximação', supomos que, em algum momento da história, dois entes experimentaram a proximidade e que, além disso, posteriormente o distanciamento lhes atingiu.

Neste caso, nossos entes são a medicina e a filosofia, áreas de conhecimento as quais o olhar do homem moderno optou por reconhecer em esferas tão distantes. Médicos e filósofos aparecem comumente como indivíduos de encargos absolutamente distintos: a medicina, normalmente colocada como a ciência do organismo, do biológico, do corpo; e a filosofia, que costuma ser conectada apenas ao lado psíquico do homem, à sua mente ou alma (esclarecendo que ambas as palavras expressam possíveis entendimentos do termo grego *psykhè*).

Segundo esta ótica, vemos que a natureza humana estaria submetida a uma divisão em duas vertentes: uma material e outra imaterial. O homem é músculo, nervo e osso, mas seu corpo, sem se bastar sozinho, está intimamente conectado à alma, fonte do que chamamos de 'características

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Laboratório em Biodiagnóstico em Saúde (2006-2008). Atualmente, cursa Filosofia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e atua como estagiária na EPSJV. No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Claudio Gomes Ribeiro (mestre em Filosofia), atualmente Coordenador Geral do Ensino Técnico de Nível Médio (Cogetes). Contato: [eduardapianete@fiocruz.br](mailto:eduardapianete@fiocruz.br).



psíquicas' (aquilo que comumente relacionamos ao caráter, ao jeito ou à personalidade).

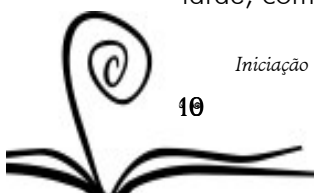
É importante esclarecer que esta divisão só faz sentido se encarada como estratégia para estudo do homem como um todo, um organismo complexo. A bipartição é metodológica e sua concretização não seria possível, uma vez que o homem é uma 'unidade viva'. E a própria dicotomia parte material, parte imaterial, acaba aclarando a interdependência que as une e evidenciando, desta maneira, a relação necessária entre corpo e alma. Dois que se tornam um para permitir a vida.

Neste momento, nossa mente é arrebatada pela inquietude de quem duvida e busca respostas. Se corpo e alma estão ligados por laços tão íntimos e estreitos, como medicina e filosofia podem ser tão estranhas entre si? Ademais, se ambas se dedicam, em certa medida, ao estudo do homem, como é possível que se debrucem apenas sobre uma 'parte' deste, sendo ele apenas compreensível como uma unidade? Como medicina pode ser só corpo e filosofia, só alma, se corpo e alma são interdependentes?

Pareceu-nos mais do que preciso o diálogo, a troca entre esses conhecimentos e, por isso, foi imperiosa a ousadia de propor o reencontro da área médica com a filosófica porque, apesar das suposições do senso comum, talvez elas não sejam tão diferentes. Talvez sua relação seja tão fundamental como a do corpo com a alma.

Dentro deste propósito, nada mais feliz do que nos depararmos com um Platão que interroga acerca das funções orgânicas do corpo humano e que as relaciona com as propriedades da alma. Nada mais grato do que o esforço platônico em tecer "uma reflexão original sobre a relação corpo-alma tanto do ponto de vista estritamente filosófico quanto daquele relacionado aos estados de saúde e doença" (FRIAS, 2005, p. 79).

Perante a segregação moderna entre filosofia e medicina, ao encontrar um Platão que a todo tempo se utiliza da medicina como paradigma para suas teses filosóficas, nossa visão contemporânea parece testemunhar um extravasamento. Parece-nos que o pensamento platônico vai além da própria filosofia, englobando conceitos que a modernidade classificaria, mais tarde, como pertencentes ao saber científico.



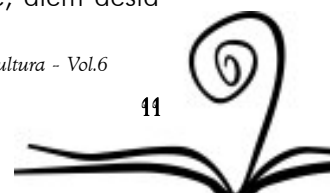
Em seu diálogo *Timeu*, ao estudar os dois principais ciclos biológicos do metabolismo humano (respiração e nutrição), Platão desenvolve o que muitos autores reconhecem como uma fisiologia própria, a qual encontra seu fundamento na relação corpo-alma. E esta fisiologia não nasce de pura deliberação platônica: pelo contrário, é possível reconhecer grande influência tanto dos poemas de Empédocles de Agrigento como dos tratados de Hipócrates, 'pai da medicina' (FRIAS, 2005, p. 12-13).

Ainda no *Timeu*, avançando no estudo da relação corpo-alma, o filósofo ateniense propõe o conceito de "doenças da alma", formulando ainda as possibilidades de profilaxia e tratamento de tais enfermidades. Platão deixa claro que julga "sobretudo conveniente analisar o tema sob diferente perspectiva e mostrar os meios que dispomos para tratar o corpo e a mente" (PLATÃO, 1973a, 87c).

O curioso é que tal conceito era desconhecido pela tradição hipocrática, cuja atenção estava mais voltada para o metabolismo dos fluidos corpóreos. Talvez, seja isso que Platão mira ao ressaltar a necessidade de uma nova perspectiva. Não se deve, porém, julgar que a medicina hipocrática ignorava a existência do ente chamado alma. A diferença é que as suas manifestações eram encaradas apenas como sintomas de enfermidades cuja causa se encontrava em disfunções corpóreas. "Na medicina hipocrática, como vimos, a doença é uma condição do corpo. As alterações do ritmo de sono e de vigília, os distúrbios de comportamento, as mudanças de humor do paciente são manifestações secundárias da enfermidade de base" (FRIAS, 2005, p. 79).

Ou seja: a alma nunca poderia ser afetada diretamente por algum estímulo externo, uma vez que os processos patogênicos se resumiriam à estrutura material do homem. A medicina hipocrática tratava as doenças como exclusividade do corpo e voltava suas atenções para o tratamento exclusivo deste.

A introdução do conceito de 'doença da alma' parece abrir espaço para uma discussão acerca da tradicional metodologia médica, que se baseava nos tratados hipocráticos. Longe de significar uma reprovação dos ideais tradicionais, a contextualização do citado termo nos propõe, além desta



releitura hipocrática, a difícil tarefa de refletir sobre a medicina que vemos ser exercida em nosso tempo.

Crendo na fertilidade de tal reflexão, nossas linhas se dedicam à tentativa de responder à pergunta-chave desta escrita: como a relação corpo-alma, lida sob as luzes da filosofia platônica, pode fundamentar a necessidade de reaproximação entre medicina e filosofia? E ainda: como esta reaproximação pode ser encarada como uma possibilidade de expandir a compreensão do binômio 'saúde-doença'?

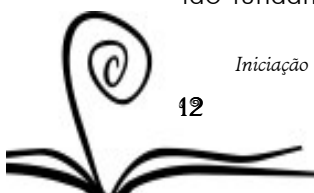
Iluminado está, então, o caminho que desejamos percorrer. Cabe, agora, superar a intenção e percorrê-lo. Caminhemos, então.

## **CRIAÇÃO, CRIADOR E CRIATURA: O DEMIURGO E O UNIVERSO PLATÔNICOS**

Parece óbvio dizer que não se pode começar senão do início. Portanto, para estudar a relação corpo-alma, não se poderia partir de lugar diferente daquele marcado pelo nascimento destes dois entes. Segundo o raciocínio platônico, "tudo o que nasce ou devém procede necessariamente de uma causa, porque nada pode originar-se sem causa" (PLATÃO, 1973a, 28a). Logo, corpo e alma devem estar submetidos ao princípio da causalidade, ou seja, sua criação é produto ou efeito de uma determinada causa. E esta causa é que reconhecemos como Criador. Mas quem seria este ente hábil o suficiente para encerrar, em si mesmo, o dom da criação?

A tentativa de resposta a esta pergunta requer o prévio reconhecimento da existência de um ser superior e pensante que assume o papel de criador nesta gênese, livrando-a de qualquer caráter meramente acidental. Neste momento, aparece no palco de nossas investigações a personagem do artesão divino, cujas habilidades são aplicadas na construção do corpo e da alma que compõem o ser vivo que é, para Platão, o Universo. O filósofo chama de Demiurgo este artesão e o reconhece como a causa primária de toda a nossa realidade.

Entretanto, qual seria a natureza desta figura divina que assume papel tão fundamental na história? Num primeiro momento, é importante não



confundir o Demiurgo platônico com a noção religiosa de Deus. Nossa análise se localiza na Grécia Antiga, em tempos anteriores ao nascimento de Cristo e ao cristianismo, onde era difundido o politeísmo. E, normalmente, os deuses gregos mitológicos não transmitiam a noção de perfeição e chegavam a demonstrar certas peculiaridades do comportamento humano.

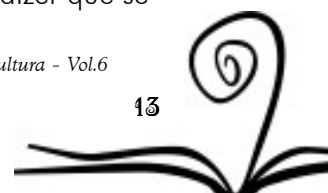
Para compreender o que Platão quer transmitir através da figura do Demiurgo, foi conveniente analisar a própria escolha do termo. Afinal, como diz o próprio filósofo, “as palavras são da mesma ordem das coisas que elas exprimem” (PLATÃO, 1973a, 29c). O que o ateniense queria nos dizer quando escolhe o termo Demiurgo para denominar o Criador deste mundo?

Etimologicamente, a palavra resume dois termos de origem grega: *demi* e *ergon*. O primeiro termo, segundo o dicionário, traz a ideia de terra, lugar, e também do povo que a habita. O segundo, por sua vez, é o termo grego para se referir à própria atividade de trabalho e, igualmente, ao resultado desta. Vulgarmente, os gregos utilizavam o termo *ergon* para denominar o produto de uma criação (PETERS, 1974).

Portanto, a palavra Demiurgo transmite a ideia do trabalho que dá origem não somente à terra, mas também ao povo que a habita. Não à toa encontramos diversas referências ao Demiurgo como sendo o artesão, o construtor. Demiurgo é o deus que se entrega ao trabalho, saindo da imobilidade do eterno, e garante, assim, a ligação entre a terra e o seu povo, ou seja, entre o Universo e os seres que nele estão contidos.

Atentemo-nos, agora, para um detalhe: por que o Demiurgo, sendo portador da essência divina, ainda não pode ser considerado uma divindade, como aquelas que repousam no inteligível? E por que, mais ainda, ele se vê despertado em certo momento pelo desejo, ou melhor, pela necessidade da criação?

Devemos, agora, dar um passo de cada vez, para não experimentar o tropeçar nas próprias pernas. O que Platão nos permite interpretar é que o Demiurgo, mesmo com a natureza divina, não encerrava em si próprio a noção de perfeição. Diferentemente do criador bíblico, o Demiurgo não resumia a plena realização. De forma simples, poderíamos dizer que se-



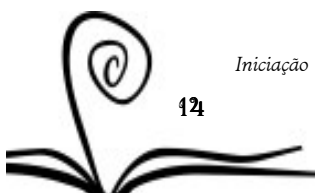
ria uma espécie de divindade em potência, mas não em ato. Ou seja: algo nele faltava para que sua essência divina pudesse aflorar plenamente.

Encontramos, então, a resposta para nossa pergunta. Acabamos de expor, quase que espontaneamente, o motivo da criação do Universo! É exatamente pela necessidade de complementar o seu próprio ser que o Demiurgo vê-se afligido pelo ímpeto da criação, como se o realizar desta o tornasse aquilo que ele estava, desde sempre (posto que ao tempo não se submete), destinado a ser; aquilo que ele precisava se tornar para plenamente ser. Portanto, o que nos parece é que não somente o criador faz a criação, mas também a criação realiza seu criador.

Se a criação deve também elevar seu criador, maturando neste a essência divina que deveras existia, ela necessariamente deve se equiparar, em seu modo de ser, ao exemplo inicial: ao próprio criador. E, por esse exato motivo, Platão nos diz que o Demiurgo, sendo bom por natureza (já que sua essência divina não o deixava desviar da bondade), quis “que, na medida do possível, todas as coisas fossem semelhantes a ele” (PLATÃO, 1973a, 30a).

Mirando o modelo eterno do divino, o Criador compõe o Universo como um ser vivo. E por que o Universo, na concepção platônica, deveria ser portador de vida? No exercer da sua condição de filósofo, Platão se dedica à busca pela sabedoria, pois esta ele ama. E não há sabedoria sem vida e só há vida a partir do momento em que a alma se junta ao corpo, animando-o. Por isso, é necessário estudar a relação corpo-alma, pois é ela que permite à vida acontecer.

Quanto ao nascimento do corpo, Platão diz que o Demiurgo teria se deparado com uma matéria amorfa e caótica, a qual seria anterior até mesmo à deliberação divina de criação. Portanto, esta aparece mais como um trabalho de ordenação do que de invenção. Como verdadeiro artesão, o Demiurgo não se propõe a parir a natureza, mas sim a modelá-la, a assaltá-la para si próprio e recriá-la. E “(...) tomou o conjunto das coisas visíveis – nunca em repouso, mas movimentando-se discordante e desordenadamente – e fê-lo passar da desordem para a ordem, por estar convencido que esta em tudo é superior àquela” (PLATÃO, 1973a, 30a).



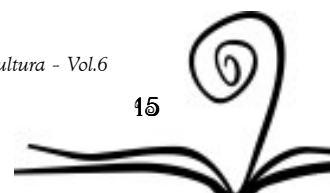
Ao se deparar com a matéria amorfa, o Demiurgo sente uma necessidade inteligente de conceder ordem ao caos primário, pois o ordenado é infinitamente superior ao desordenado. Ao falar em ordem, refere-se a um estado regido por regras eficientes que garantam seu correto funcionamento. A teoria platônica sobre a criação do corpo através da ordenação da matéria inicial é uma amostra da proposta de submeter o real às leis da lógica, conforme previa a 'metafísica' inaugurada por Sócrates.

O Demiurgo concede ao Universo aquilo que Sócrates pretendia conceder à sociedade através de sua filosofia: a capacidade de se alcançar a verdade por meio do exercício racional. Neste intuito, o artesão divino toma para si a matéria amorfa e nela aplica a inteligência, por julgar que "jamais poderia sair um todo privado de inteligência mais belo que um todo inteligente" (PLATÃO, 1973a, 30b).

A necessidade de conceder inteligência faz o criador considerar indispensável a confecção da alma, já que, a seu ver, "em nenhum ser pode haver inteligência sem alma" (PLATÃO, 1973a, 30b). A alma é, portanto, o único abrigo possível para a sabedoria, sendo nela que repousa a capacidade cognoscente do ser. E, desejando tornar inteligente sua criação, o Demiurgo "pôs a inteligência na alma e a alma no corpo, e construiu o Universo segundo tal critério". (PLATÃO, 1973a, 30c).

A união da alma com o corpo não apenas marca a conclusão da criação do Universo, mas também inaugura uma experiência completamente nova: a vida, uma vida perpétua e inteligente. E a vida, desde já, se define como o laço entre o inteligível e o sensível, entre o uno e o múltiplo. O início da relação corpo-alma define, também, o início da conexão entre o divino e o terreno.

A criação da alma permite que o Demiurgo dê continuidade ao processo de criação, posto que da ordenação da matéria primária surgem os quatro elementos fundamentais para a composição do corpo: o fogo, a terra, o ar e a água. Portanto, o nascimento da alma é essencial para a criação do corpo e estes sujeitos encontram-se interligados desde o início de suas existências.



Mas quais propriedades nos fazem aceitar estes quatro elementos como base da estrutura corpórea do Universo? Platão afirma que o mundo, assim como tudo aquilo que resulta de uma criação, tem de ser “corporal, visível e tangível”. Ora, nada é sólido sem a terra, assim como nada é visível sem o fogo. Porém, “como os sólidos são ligados sempre por duas mediedades, não por uma”, o Demiurgo adiciona o ar e a água à constituição do corpo, amenizando, desta forma, a junção de dois extremos: o fogo, com sua leveza, e a terra, de natureza pesada (PLATÃO, 1973a, 31-32b).

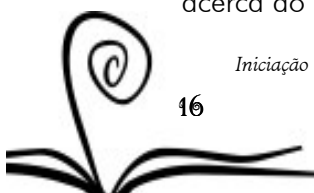
A esse modo, e com tais elementos, em números de quatro, foi formado o corpo do mundo e harmonizado pela proporção, da qual recebeu a amizade, de tal maneira que adquiriu unidade consigo mesmo, tornando-se, assim, incapaz de ser dissolvido, a não ser por seu próprio construtor. (PLATÃO, 1973a, 32c)

O Criador submete a combinação dos quatro elementos básicos às regras da proporcionalidade, visto que somente assim sua obra poderia ser a mais bela. Somente os laços de afinidade, de amizade e de amor (*philia*), que tornam único e uno o corpo do Universo, são capazes de garantir a eternidade e a beleza do Universo, assemelhando-o ao modelo divino para o qual mirava o Demiurgo.

Em seguida, Platão diz que, pensando sobre qual forma dar ao corpo, o Demiurgo julgou ser a esfera a figura mais bela, pelo fato de ser também a mais próxima à perfeição. Se observarmos a esfera, veremos que o seu formato é a melhor representação da noção de ciclo: sem início e sem fim, imutável e eterno. E assim deve ser o movimento do Universo, posto que este é criatura igualmente eterna e imutável.

## **DA TERRA AO POVO: O CORPO E A ALMA DO HOMEM**

“Iniciando o seu discurso, exponha-nos logo o nascimento do mundo para terminar com a natureza do homem” (PLATÃO, 1973a, 27a). É através destas palavras que Platão justifica sua concordância em expor a origem do Universo: somente através desta torna-se alcançável a compreensão acerca do ser humano e de sua origem.





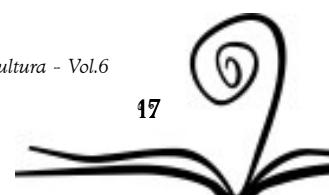
Uma vez criado, o Universo deveria ser habitado para estar completo: como vimos há pouco, o próprio conceito de Demiurgo diz respeito à criação não somente da terra, mas também do seu povo. Assim, o Criador dá origem a uma diversidade de criaturas, reunidas dentro de quatro espécies: “a primeira é a raça celeste dos deuses; a segunda, a raça dotada de asas que cortam os ares; a terceira, a espécie aquática; e a quarta, a que marcha em terra firme” (PLATÃO, 1973a, 40a).

Interessa-nos a constituição da primeira raça, a qual abriga os chamados semideuses. São formados, quase que totalmente, pelo fogo, para que sua espécie fosse a mais brilhante e bela de se ver. Precisou definir sua forma e, assim, optou pela esfera, a figura que mais se aproxima da eternidade. Além disso, conferiu-lhes inteligência, aproximando-os do próprio Universo.

Estando tal espécie formada, o Demiurgo, impondo-se como criador, lhes destina a tarefa de criar as outras três espécies de vida. Platão nos expõe o discurso que o Demiurgo dirige aos semideuses e dele reproduzimos o seguinte fragmento:

Ainda estão por nascer três raças mortais; se não chegarem a formar-se, o céu ficará incompleto, pois não conterà, como é preciso, todas as espécies de seres vivos, para ser suficientemente perfeito. Se eu lhes desse nascimento e vida, tornar-se-iam iguais aos deuses. Mas, a fim de que sejam mortais e este universo fique realmente completo, aplicai-vos, na medida de vossa capacidade, a formar tais seres, imitando nisso o meu poder por ocasião de vosso nascimento. (PLATÃO, 1973a, 41c)

Porém, o processo de criação não é por completo entregue aos semideuses, posto que mesmo os seres mortais deveriam estar conectados à eternidade, assim como todos os pontos devem fazer parte da esfera. Dentro de cada um deles, arde uma chama de essência divina que ilumina todo o ser, concedendo-lhe as possibilidades de conhecimento. Esta parte, este pedaço do imortal fundido dentro do mortal, é obra do Demiurgo e sua função é comandar “os que se dispuserem a seguir sempre a justiça” (PLATÃO, 1973a, 41d).



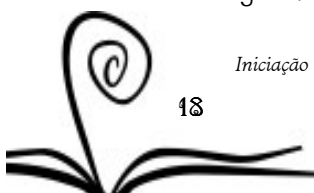
Unicamente com este intuito, o Demiurgo retorna à cratera que testemunhou o nascimento deste céu, onde deixara guardados os resquícios dos ingredientes essenciais para a constituição da alma. Recuperando estes elementos, mistura-os novamente, imitando seu ímpeto criacional, porém, sem poder suprir a carência de pureza originária. Eis que surge a parcela imortal da alma humana, semelhante à do Universo, marcando o elo do homem não somente com este, mas também com as divindades.

É a vez de o Demiurgo repousar, enquanto os semideuses assumem o trabalho. Iniciando, tomam emprestado do Universo partículas dos quatro elementos materiais – fogo, terra, água e ar – e os une não por meio de laços indissolúveis, mas agora através de diversas junções, remendos tão pequenos que não eram familiares aos sentidos. Reparte, então, esta mistura impura, dedicando um corpo único a cada indivíduo.

No que se refere à alma, Platão diz que os semideuses geram, ainda, “outra espécie de alma, de natureza mortal, cheia de paixões terríveis e fatais” (PLATÃO, 1973a, 69c). O ser humano resume, em sua estrutura psíquica, três espécimes de alma, cujas funções são determinadas pelas particularidades de cada constituição.

O livro IV de *A República* abriga o questionamento acerca da estrutura da alma humana: se esta seria una ou se estaria, realmente, dividida em três. A última possibilidade acaba parecendo mais adequada, na medida em que seria corromper a parcela imortal da alma admitir que esta fosse capaz de fraquejar diante de desejos e paixões. Assim, sabendo que o homem está constantemente exposto às afecções de ordem sensível, é preciso assumir que, para ser possível o conhecimento verdadeiro, a alma não deve ser una. E, ainda nesse livro, o filósofo expõe as funções de cada parte da alma, sendo elas: “Comprendemos, graças a um; irritamo-nos, por outro dos que temos em nós; desejamos, por um terceiro, o que toca aos prazeres da alimentação, da geração e quantos há gêmeos destes” (PLATÃO, 1987, 436b).

A parte imortal, chamada de alma racional, é a responsável pela possibilidade de conhecimento, representando o laço do homem com o mundo inteligível. A raiva, assim como a coragem e as emoções fortes, compete à



alma irascível. Por último, é a alma concupiscente à sede dos desejos e dos apetites humanos.

Assim, a alma racional exerce o domínio sobre as duas outras; a alma irascível segue as instruções fornecidas pela razão (...); a alma concupiscente, que constitui a parte maior, é a sede dos desejos e deve seguir o comando das duas categorias superiores. (FRIAS, 2005, p. 114)

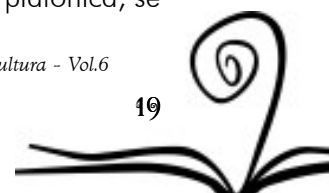
No *Timeu*, Platão recupera a teoria da tripartição da alma, desta vez localizando anatomicamente as porções. É de acordo com sua função específica que cada parte ocupa determinada cavidade do organismo humano. Assim, os integrantes corpóreos possuem seu funcionamento ditado pela parte da alma que o comanda diretamente. Não por acaso, por exemplo, o estômago, responsável pelo mecanismo da digestão, está sob a direção da alma concupiscente, que diz respeito aos apetites.

Apesar da correlação anatômica, a ligação mais íntima do corpo com a alma, no homem, encontra seu abrigo na medula, cuja estrutura resume porções de cada um dos elementos fundamentais – fogo, terra, água e ar. A medula seria um órgão especial do corpo: o Demiurgo a confecciona com os elementos de maior pureza e nela abriga os laços da vida, caracterizando-a como a “semente universal de toda a espécie sujeita à morte” (PLATÃO, 1973a, 73c).

Conforme vimos anteriormente, as ligações do homem diferem-se das do Universo, na medida em que não são indissolúveis, mas sim repletas de rebites. Assim, os laços que sustentam a vida humana são sujeitos à corrupção e o processo de morte dá-se a partir da dissolução das conexões entre corpo e alma, localizadas na medula. O homem, diferentemente do Universo, é finito, mortal.

Nesta realidade, algo ou alguém só é imortal ou mortal diante da possibilidade temporal. Ou seja: é necessária a existência do tempo para que algo se submeta ou não aos seus efeitos, como a velhice ou a morte. Logo, o Demiurgo se sente no dever de criar também o conceito de tempo.

O tempo seria a “imagem móbil da eternidade” (PLATÃO, 1973a, 37d). Como assim? Não esqueçamos que mobilidade, na filosofia platônica, se



encontra estritamente relacionada à vitalidade. Portanto, o tempo é a imagem viva da eternidade, é uma herança do mundo imutável e, assim como este, é imortal, posto que não possui início ou fim, tampouco meio. Seu entendimento nos chega a partir do número e é através deste que o tempo se movimenta. Somente assim podemos reconhecer algo como mortal e imortal, falar em idade ou horário, distinguir o dia da noite e contar estações. Mas estas são noções superficiais do tempo, efeitos sensíveis de sua existência. O verdadeiro entendimento do conceito de tempo só é possível à alma.

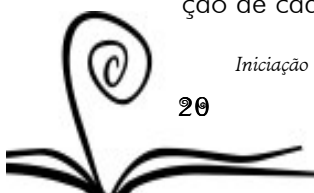
## **HOMEM, CIDADE E UNIVERSO: MICROCOSMOS E MACROCOSMOS**

Para compreender a alma humana e sua relação com o corpo, é preciso, portanto, voltar o olhar também para a organização social, uma vez que a psicologia, nas linhas de Platão, muito se entrelaça com o estudo político. O ateniense constrói, em seus diálogos, a noção de Cidade como um grande espelho do interior humano, na medida em que esta reflete “a justaposição das aptidões e das funções individuais, sua coerência e sua incoerência” (JEANNIÈRE, 1995, p. 119).

Ou seja: somente submetendo o homem ao convívio com seus iguais (o que define, em última análise, a vida em sociedade) é que se torna possível observar e compreender suas particularidades, pois estas se mostram aos poucos, através de seus atos ou de suas pretensões. Portanto, o homem precisa da criação da Cidade, pois somente nela ele consegue se afirmar como homem, realizando-se.

No livro IV de *A República*, Platão deixa claro sua crença de que a organização social deve ser análoga à estrutura da alma humana. Estando a alma dividida em três porções (relembrando: a racional, a irascível e a concupiscente), a sociedade também deveria obedecer tal tripartição. Eis que surgem os três níveis sociais, nos quais se agrupam os homens: os filósofos, os soldados e os produtores/trabalhadores.

Assim como ocorre na alma, esta separação é determinada pela função de cada classe dentro da Cidade. E os homens nela são colocados a



partir das aptidões individuais que mostram desde a infância. Aliás, é já na infância que os homens são separados e recebem a formação adequada ao papel social que devem desempenhar quando adultos.

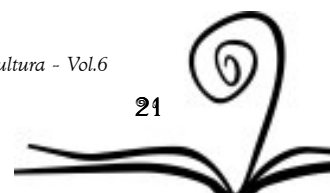
A classe dos filósofos, já por definição 'os amantes da sabedoria', corresponderia à alma racional, aquela capaz de coordenar. São os filósofos, portanto, os mais indicados para ocupar a posição do governo, assim como faz, no homem, a alma imortal. Já os soldados seriam os homens de coragem, muito ligados às emoções, porém, com os ouvidos atentos para as determinações racionais ou, mais na prática, para as ordens do governo. Desempenhariam, então, o papel da alma irascível. Sua função principal seria, portanto, auxiliar a classe dos governantes na aplicação da racionalidade.

A classe dos trabalhadores, que abrigaria a maior parte da população, corresponde à alma concupiscente, o que não significa uma correlação imediata com os desejos. A conexão não é exatamente entre cada parte da alma e cada classe social, mas sim entre a organização tripartite da alma e a da Cidade. Assim, essa é a classe-base da sociedade, responsável pela nutrição das outras duas, produzindo as necessidades básicas (em nível material) dos homens. Nela estão incluídos todos os tipos de artesãos.

O bem-estar na Cidade, que garantiria a vida feliz para os homens, depende do equilíbrio entre as três classes sociais, quando cada cidadão conhece seu papel na Cidade e trabalha para o Bem. Da mesma forma, o equilíbrio entre as classes depende da harmonia entre as três partes da alma de cada cidadão. Assim, é de irrefutável importância, para a instauração da justiça na Cidade, que o homem mantenha sua alma saudável, em harmonia.

Nas palavras de Abel Jeannièrre, Platão tece a Cidade sempre com o olhar voltado para o psicológico, para a particularidade de cada homem, para a alma. Em seu livro, o autor bem explicita:

A ordem social com que Platão sonha não é a do formigueiro. Cada cidadão, em cada classe, deve poder adquirir um equilíbrio entre as três funções de seu psiquismo; e, se cada cidadão, qualquer que seja o seu papel social, puder ser plenamente ele mesmo, só então a Cidade poderá ser harmoniosa. (JEANNIÈRE, 1995, p. 124)



O conceito de justiça, dentro da filosofia platônica, parece se equiparar ao de harmonia. O equilíbrio entre as três partes da alma, que se entendem como a harmonia musical, define a justiça individual. O homem deve estar com a alma saudável para conseguir manter a capacidade de julgamento e agir voltado para o Bem. Da mesma forma, a justiça na Cidade depende não apenas da harmonia entre as três classes sociais, que devem trabalhar em conjunto visando sempre ao bem-estar coletivo, mas primordialmente também à harmonia individual e psicológica de cada cidadão.

A legitimidade da relação Homem-Cidade-Universo já aparece bem clara em nossa visão. O que ainda necessita de esclarecimento é a maneira pela qual este vínculo se estabelece. “Há uma analogia entre o ser humano, a Cidade e o universo. Nos três casos, estamos diante de um cosmo” (JEANNIÈRE, 1995, p. 139). O vínculo é, portanto, da ordem cosmológica: o homem aparece, no *Timeu*, como um microcosmo do Universo, o qual seria o macrocosmo. Mas o que isto quer propriamente dizer?

A palavra ‘cosmo’ encontra sua origem no termo grego *kosmos*, cujo significado comumente se encontrava ligado à noção de ordem. No Universo, encontramos a alma como princípio do cosmo (sendo sua criação a possibilidade de ordenação do caos primário); no homem, temos a alma imortal, análoga à estrutura universal. E a cidade é o cosmo intermediário, responsável pela ordenação das relações humanas, harmonizando os antagonismos de diversos seres. Estabelece-se, assim, uma hierarquia cosmológica.

A relação microcosmo-macrocosmo, por sua vez, é análoga à relação parte-todo, cuja compreensão se mostra importante dentro do estudo da filosofia platônica. Tal relação vai além do senso comum de ‘fazer parte’, ‘estar contido’. Ela diz que determinados elementos são regidos pelos mesmos princípios fundamentais e estão ligados, desde o primeiro momento de suas existências, por uma relação de interdependência. A parte não é apenas uma parcela, um pedaço do todo, mas sim uma unidade constitucional sem a qual o todo não seria todo, uma vez que são conceitos interdependentes já em sua existência. Não faria sentido algum falar de um todo se não houvesse uma parte, e vice-versa: a existência e a significação de um estão intrinsecamente ligadas às do outro. Desta mesma forma,



quando falamos em microcosmo e macrocosmo, não nos resumimos a uma questão de tamanho (embora a proporção também seja importante para compreender tal relação), mas sim a essa conexão já existencial de cosmos interligado por seus próprios princípios e fundamentos, de cosmos regido pela mesma ordenação.

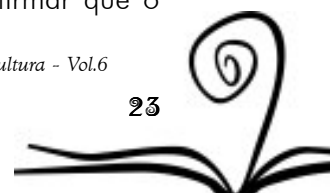
Assim, dizer que o homem é parte do Universo não se resume à compreensão de que o homem está contido no Universo: significa que o Universo não alcança sua totalidade senão com a existência do homem, assim como o homem só como tal se caracteriza dentro do Universo. E essa mesma conjectura é válida para as relações que incluem a estrutura da Cidade. Afinal, “o indivíduo só pode afirmar-se e descobrir-se como sujeito na Cidade” (JEANNIÈRE, 1995, p. 119).

### **CORPO, ALMA E CONHECIMENTO: A SABEDORIA PELA REMINISCÊNCIA**

Platão, várias vezes, define o homem como um ser inteligente por natureza, cuja estrutura deve ser receptiva ao conhecimento. No *Timeu*, o filósofo diz que foi condição existencial, para a raça humana, que o Demiurgo colocasse a inteligência na alma e a alma no corpo. Assim, corpo e alma se relacionam de forma a possibilitar não somente uma vida, mas uma vida inteligente. Porém, uma pergunta insistente se coloca: como entes de naturezas aparentemente tão diversas conseguem trabalhar juntos de forma a gerar sabedoria?

Primeiramente, cabe explicitar que a noção do inatismo rege a teoria do conhecimento platônica. A palavra ‘inato’ é usada para definir aquilo que não nasce, existindo desde sempre, sendo imutável e eterno. Para Platão, os juízos verdadeiros teriam de ser inatos e universais, logo, não poderiam depender das particularidades concebidas a partir das percepções sensíveis de cada indivíduo. O conhecimento verdadeiro, portanto, deveria ser fruto da atividade estritamente racional, sendo definido *a priori* em relação à experiência.

Diferentemente do homem, a verdade não nasce: ela é eterna e não se submete ao devir, ao tempo ou ao espaço. Daí Platão afirmar que o

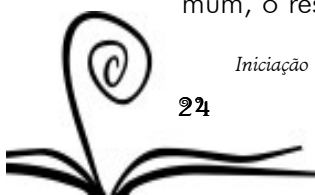


Demiurgo coloca a inteligência na parcela racional da alma humana, posto que a alma é igualmente imortal. A partir do momento em que a inteligência encontra abrigo na alma, esta já conhece toda a realidade. O conhecimento verdadeiro é familiar à alma já no momento de sua criação: “(...) se nasceste com o dom da palavra, chegará a ser um orador ilustre à custa de estudo e de exercício; porém, se te faltar qualquer dessas condições, no mesmo passo tua formação se ressentirá” (PLATÃO, 1973b, 269d).

Se o dom da palavra não está contido na alma, será impossível engendrará-lo apenas com a experiência sensível, com a prática. Notamos, então, que o conhecimento possui uma estrutura pré-definida, ou seja, ele é determinado antes mesmo do nascimento dos seres vivos e permanece constante mesmo diante do devir dos seres mortais. O conhecimento não depende da multiplicidade sensorial humana, sua estrutura não varia de acordo com as diversas percepções ou afecções às quais o homem está exposto no mundo. Mesmo assim, não se deve rechaçar com descuido a relação entre a sensibilidade e o conhecimento, pois, como veremos mais adiante, quando tratarmos melhor da reminiscência, esta ‘memória da alma’, no mundo sensível, só poderá ser provocada pelo encontro do corpo com os objetos sensíveis. Portanto, eliminar a sensibilidade do âmbito do conhecimento seria, além de uma leitura estereotipada de Platão, também, talvez, um erro ao entender a questão da reminiscência. O conhecimento é uno. E essa unidade inteligente tem de estar tecida antes mesmo de o próprio Universo se tornar real, pois este já foi criado a partir da contemplação do modelo eterno e inteligente: o modelo do divino.

E é exatamente no âmbito do divino que se encontra estabelecido o modelo do conhecimento. Assumindo que o homem tem acesso a este, através da criação de conceitos racionais, a unidade destes conceitos repousa no mundo inteligível, no mundo das divindades: eterno e imutável. Eis porque, anteriormente, concluímos que o discurso, para ser válido, deve estar de acordo com o agrado dos deuses (PLATÃO, 1973a, 27c). Surge, aqui, a necessidade de explorarmos o conceito da ‘Teoria das Ideias’, posto que sem ele não avançaremos no estudo de Platão.

A Ideia da qual falaremos não define, conforme se crê no senso comum, o resultado da atividade mental humana, de fundo particular. Pelo





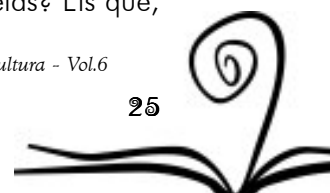
contrário, as Ideias de Platão, derivadas do termo grego *eide*, seriam mais bem traduzidas para a palavra 'forma'. É na Ideia que se abriga a unicidade e, portanto, a universalidade de cada conceito. A Ideia já é, propriamente, a unidade. É a forma do conhecimento, a que diz como este deve ser, a que o define como tal (JEANNIÈRE, 1995, p. 64-65).

Hector Benoit afirma que Platão, como discípulo socrático, procurava conhecer as coisas "em si e por si mesmas". Assim, aspirava a alcançar a essência da realidade, reconhecê-la na sua forma mais pura e, portanto, mais bela e perfeita. Como Benoit lembra, o ateniense tentava conhecer o ser das coisas, ou seja, aquilo que lhes conferia a existência. Afastando-se das meras aparências, o filósofo busca a parcela universal e imutável da natureza. E essa forma essencial é, na verdade, a Ideia de cada coisa. (BENOIT, 1996, p. 40).

Para conhecer verdadeiramente algo, portanto, é necessário contemplar a sua Ideia, pois somente assim saberá o que ela, de fato, é. Conhecer uma coisa é alcançar sua essência e reconhecê-la "por si e em si mesma". A relação entre conhecimento (*episteme*) e as Ideias ou Formas (*eide/eidos*) parece cada vez mais estreita e, sobre isto, bem elucidada o seguinte trecho do dicionário de Peters:

(...) dada a natureza flutuante e mutável dos fenômenos sensíveis, o verdadeiro conhecimento é impossível, impossível, isto é, a não ser que haja uma realidade estável e eterna para além do meramente sensível. Os *eide* são essa realidade supra-sensível e assim a causa da *episteme* e a condição de todo o discurso filosófico. (PETERS, 1974, p. 64)

Neste âmbito, quando dizemos que o homem é um ser inteligente, estamos garantindo, de alguma maneira, o seu acesso ao mundo inteligível. Ou seja: a estrutura do ser humano é preparada para atravessar o material e chegar ao imaterial, conseguindo ultrapassar as crenças e opiniões para alcançar a verdade. Mesmo no devir de suas múltiplas sensações, o homem é capaz de chegar ao uno das Ideias. E uma pergunta se coloca forte agora: se as Ideias repousam no mundo das divindades e os seres humanos, por sua vez, experimentam o devir do mundo material, como é possível que o homem tenha acesso às Ideias? Eis que,



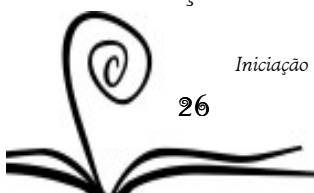
então, nos é apresentada a questão da participação. O homem, apesar de ser mortal e submetido ao devir das coisas materiais, possui em si uma parcela que o conecta com o modelo eterno da divindade, aquela parcela da alma humana que o Demiurgo criou e que garante que o homem possa participar do mundo inteligível, porque parte dele possui a mesma natureza das divindades, parte dele é imortal e pode alcançar o verdadeiro conhecimento.

No *Parmênides*, um ainda muito jovem Sócrates se coloca diante do pré-socrático, na intenção de defender sua noção do conhecimento suprassensível. Sócrates afirma que as Ideias possuiriam a essência do Uno, mesmo fundamentando tudo aquilo a que damos o nome de múltiplo. E aí começam as indagações do experiente interlocutor: como aquilo que é Uno e indissolúvel pode se encaixar com a multiplicidade das coisas? “Então, de que jeito, Sócrates, voltou a falar, admities que as coisas participem da idéia, se isso não pode ser nem por meio das partes nem do todo?” (PLATÃO, 1973c, 131e) A própria realidade anulava a possibilidade de existência das Ideias, condenando seu conceito à contradição.

Ademais, concordando que o conhecimento verdadeiro pertence ao universo divino, Parmênides também questiona Sócrates acerca da acessibilidade das Ideias, como se vê no seguinte fragmento:

Logo, se se encontra em Deus esse domínio supremo e esse conhecimento perfeito, nem esse domínio chegará nunca a dominar-nos, nem esse conhecimento a conhecer-nos ou seja ao que for do nosso mundo; porém, da mesma forma que não dominamos os deuses com nosso domínio, nem alcançamos nada das coisas divinas com nosso conhecimento: assim, (...) os deuses não têm domínio sobre nós nem conhecem os negócios humanos. (PLATÃO, 1973c, 134e)

Neste momento, talvez, Platão – como bem faz nos diálogos de sua maturidade, como o *Parmênides* –, estivesse colocando em xeque os fundamentos de sua própria Teoria das Ideias, questionando-se, ao que parece, acerca do problema central da participação. Como teriam os homens acesso ao mundo divino, se o conhecimento verdadeiro lá repousa? Como seres mortais, mutáveis e dotados de sensibilidade poderiam estar, em algum momento, em articulação ou em comunidade com o mundo inteligível e imutável das Ideias?



Eis que Platão quase nos presenteia com uma possível interpretação: o Demiurgo brinda a alma humana com a inteligência, colocando-a na nossa parcela imortal. Isto, que aparece reforçado no *Timeu*, parece já ter sido definido desde a *República*, quando as 'partes' da alma são expostas e caracterizadas. E, conforme dissemos há pouco, a alma racional já conhece toda a realidade antes mesmo que ocorra o nascimento da espécie humana. A alma racional, por si mesma, pura, nossa parte mais essencial, não precisaria apreender nada deste mundo, pois já carregava em si todo o conhecimento verdadeiro.

Teríamos, sob esta lógica, de assumir a alma imortal como sujeito único da atividade racional humana. E, além disso, nos iludiríamos a ponto de estarmos convencidos de que já nascemos cientes de toda a natureza. O que, já por vivência, reconhecemos como mentira. O homem, no seu exercício de vida, deve buscar as possibilidades de conhecimento, porque sua alma deve se assemelhar ao modelo divino.

Porém, o homem não se encerra em sua alma apenas. Muito pelo contrário, possuímos, todos nós humanos, raízes no mundo sensível: somos também corpo, somos matéria. E, mesmo no terreno da *psykhé*, nossa alma, ao contrário do Universo, é tripartite. Até no psiquismo vamos além do puramente racional: somos também sensibilidade. Sofremos as afecções do mundo externo, convivemos com impulsos, desejos e paixões. Somente vivemos porque a alma se une ao corpo e, assim, se faz a vida. Sem o corpo, simplesmente não seríamos. Perguntemo-nos, então, como é possível unir o sensível ao inteligível.

Devemos, então, trazer à luz a informação do *Fédon* (PLATÃO, 1973f): a alma, no momento do nascimento da espécie humana, ao entrar em contato com o corpo, esquece de seu conhecimento anterior. É por isso que os homens não nascem já com a sabedoria acerca da natureza e, em vida, se veem diante da necessidade de reaprender, de reeducar-se. Ou seja: em Platão, o conhecimento é equiparado a uma forma de recordação. Surge, aqui, mais um termo familiarizado com a filosofia platônica: a reminiscência. É através da reminiscência que, no 'mundo sensível', o conhecimento verdadeiro se torna possível.



Reminiscência é a recordação de nossa alma, é ela se lembrando de tudo que já conhecia antes de se unir ao corpo e vir à vida. Se perder o conhecimento se trata de esquecer, recuperá-lo é questão de recordar. Como se possuíssemos um cartão de memória o qual acessamos ao nos depararmos com o desconhecido e com a conseqüente necessidade de conhecer, princípio da vida, afinal.

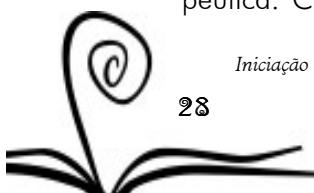
O processo de recordação, em vida, é despertado pelo encontro do corpo com os objetos. E, através da dinâmica corpo-alma, pelos sentidos podemos chegar à compreensão da realidade. Por isso, não devemos considerar que o corpo não possui importância no processo de conhecer, e sim compreender que a sabedoria resulta da harmoniosa relação entre corpo e alma.

## **DOENÇAS DO CORPO E DA ALMA: A CORRUPÇÃO DO EQUILÍBRIO**

Se a vida é possibilitada pela união de corpo e alma, a qualidade desta vida dependerá necessariamente do equilíbrio que rege esta convivência. Ademais, o conceito de saúde (lembrando que este vai além da ausência de enfermidades) deve ser lido a partir das linhas escritas pela relação corpo-alma. Estar saudável, portanto, é estar com o corpo em harmonia com a alma, em equilíbrio com si mesmo.

Porém, por vezes, nosso metabolismo é perturbado e o equilíbrio nos foge ao alcance. Afinal, nosso corpo é frágil e está constantemente exposto aos estímulos do mundo externo, podendo por estes ser afetado. Os laços que mantêm a vida humana não são indissolúveis, mas sim repletos de repiques e passíveis de corrupção. Sofremos, nós humanos, os efeitos do tempo e, por eles, envelhecemos ou adoecemos.

Diante das mais diversas enfermidades, a medicina contemporânea muito investe na área das pesquisas, buscando conhecimento sobre os agentes específicos de cada doença. E daí úteis resultados são obtidos: hoje, podemos reconhecer milhares de micro-organismos e suas possíveis ações patogênicas, além de evoluir muito nos âmbitos da prevenção e da terapêutica. Criamos meios para combater as afecções do meio ambiente.



Enfermidades, antes tidas como incuráveis, são tratadas com simples comprimidos, como é o caso da tuberculose, grande mal do século XIX.

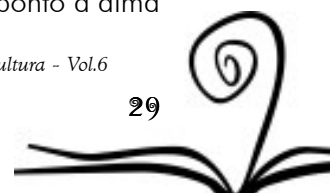
Entretanto, não devemos nos enganar ao crer que as raízes dessa curiosidade acerca das enfermidades são privilégios da nossa sociedade moderna. As raízes da atividade encontram-se, em grande parte, nos tratados da antiga Escola de Cós, da qual fazia parte Hipócrates, considerado o 'pai da Medicina'.

Negar, portanto, a importância dos estudos hipocráticos seria abusivo, senão ignorante. Entretanto, até que ponto a medicina hipocrática se mostrou suficiente para compreender a complexidade dos processos de adoecimento? Hipócrates desenvolveu uma metodologia médica que muito se atentava para o corpo, para a linguagem discreta pela qual este tenta nos mostrar o seu estado. Daí tanta atenção para os sintomas, expressões de anormalidades, em si, silenciosas.

Eis que nos atinge um questionamento: se o homem está para além do corpo e, mais ainda, se mesmo a medicina hipocrática já reconhecia a origem psíquica de alguns sintomas secundários, como seria possível restringir o processo de adoecimento ao corpo? Quando nos encontramos acometidos por uma enfermidade, é apenas nosso corpo que está submetido à perturbação?

A escrita platônica parece, então, cair como uma luva sobre nossas dúvidas. Tomando o homem para além do sensível, assumindo que neste está guardado um laço com o eterno, Platão afirma que o processo patogênico há de também encontrar filial na alma humana. Ora, se a forma supera a matéria, devendo esta sempre obedecer aos comandos daquela, os males não podem ser atribuídos simplesmente ao corpo, mas também devem dizer respeito à nossa capacidade intelectual, à nossa alma.

Como qualquer percepção sensível, os estímulos que levam ao estado patogênico se deparam primeiro com o corpo e, por intermédio deste, alcançam a alma. Toda doença encontra sua causa no meio externo, posto que o organismo humano, longe das perturbações sensíveis, segue o modelo inteligente, assemelhando-se ao Universo. Logo, o contato imediato com o agente patogênico se dá pelo corpo. Porém, até que ponto a alma



não participa do desenvolvimento das enfermidades, já no interior do organismo?

Se o corpo é comandado pela alma e se esta se encontra em constante diálogo com a parcela material, submete-se, conseqüentemente, às perturbações sensíveis e ao possível adoecimento. Há de se lembrar, além do mais, que as partes mortais da alma humana vinculam-se mais ainda ao corpo, entregando-se, muitas vezes, às paixões deste mundo. Sendo a alma uma unidade, a corrupção das partes inferiores anuncia a provável corrupção, em certa medida, da parte racional.

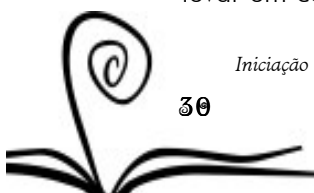
Seguindo este raciocínio, acreditando estar a alma ligada ao acometimento do ser humano por alguma enfermidade, Platão desenvolve o conceito de 'doenças da alma'. O termo aparece pela primeira vez no *Timeu*, onde Platão propõe uma fisiologia de caráter bem próprio.

Primeiramente, o filósofo esclarece que as doenças do corpo são derivadas da desarmonia entre os quatro elementos básicos, tendo estes perdido o laço de amizade que os mantinha proporcionais. Assim, o processo patogênico é desencadeado quando há "carência ou excesso desses elementos ou mudança da sede própria para um lugar estranho, ou então (...) quando predomina nalguma parte do corpo uma variedade que não lhe é adequada" (PLATÃO, 1973a, 82a).

Platão se dirige, em seguida, para a análise das doenças da alma e, pela primeira vez, o termo aparece em seus diálogos.

As [doenças] da alma se originam de perturbações somáticas, da seguinte maneira. Precisamos admitir que a doença da alma é demência (...). Por conseguinte, toda afecção que provoca em alguém uma dessas perturbações deve ser chamada doença, sendo forçoso reconhecer que os prazeres excessivos e as dores fortes são as mais graves doenças da alma. (PLATÃO, 1973a, 86b)

Seria a própria alma capaz de engendrar uma enfermidade no organismo ou os males sempre seriam provenientes do corpo? Enquanto no *Cármides* a alma é a fonte de todo o mal e de todo o bem que atingem o corpo, no *Timeu*, vemos que o corpo é capaz de causar mal à alma. O que levar em conta, então?



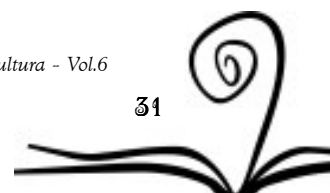
Propomos, então, uma conciliação: embora a causa imediata da doença seja atribuída ao corpo, pela captação da afecção exterior, é da alma que provém a interpretação dos estímulos sensíveis. Logo, o processo de adoecimento somente é desencadeado a partir do trabalho, em conjunto, do corpo e da alma. Se cabe à alma comandar o corpo, enquanto neste estiver fixada, quando o corpo está doente, a alma também deve estar, pois não é mais capaz de promover harmonia para o ser.

O tratamento da alma se dá através da filosofia e da música. É pela filosofia, “pelo estudo e pelo exercício, que também são movimento, que ela adquire conhecimentos, conserva-os e se torna melhor” (PLATÃO, 1973d, 153c). A música é capaz de promover harmonia à nossa constituição, na medida em que a estrutura da alma imortal, assim como a do Universo, foi definida por critérios derivados da harmonia musical. Ao se dedicar à música e à filosofia, o homem é levado até sua essência, sendo capaz de alcançar sua ligação com o eterno e restabelecer seu equilíbrio vital, a harmonia entre seu corpo e sua alma.

## **MEDICINA E FILOSOFIA: TÃO DISTANTES ASSIM?**

Não é incomum, dentro dos estudos gregos clássicos, o diálogo entre diversas áreas do conhecimento. Aliás, na Grécia Antiga, essa separação não era tão bem definida. Portanto, era natural que a filosofia se misturasse com as ciências, uma vez que ambas teriam de olhar, em alguma medida, para a natureza. Não somente a natureza externa, o meio ambiente, mas também para o homem. E qualquer estudo só se torna possível graças à capacidade cognoscente do homem.

O próprio Platão faz uso, diversas vezes, da medicina como paradigma para o desenvolvimento de suas teorias filosóficas. Principalmente quando se fala em relação corpo-alma, o filósofo demonstra notável interesse por correlacionar os fenômenos materiais, do corpo, com as determinações da alma. No *Fedro*, por exemplo, Platão equipara a Medicina à retórica, na medida em que aborda a necessidade de analisar a natureza. Diz Platão no citado diálogo:



Sócrates – A medicina está no mesmo campo da retórica.

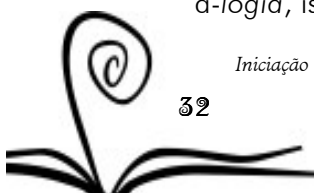
Fedro – Como assim?

Sócrates – Em ambas terás de analisar a natureza: na primeira, a do corpo; na outra, a da alma, se quiseres vencer a rotina e a experiência, para alcançar a arte. No caso do corpo, a fim de deixá-lo forte e saudável, graças à alimentação e aos remédios; no da alma, por meio do ensino e de instituições legais, comunicar-lhe convicções e a virtude que pretendes adorná-la. (PLATÃO, 1973b, 270b)

Um primeiro olhar, se carregado de descuido, pode levar a pensar que o objetivo é limitar a medicina ao estudo do corpo apenas. Muito pelo contrário, no meio deste comentário, Platão nos diz que, para alcançar o patamar de arte, a medicina tem de ir além do experimental em seu estudo. Ou seja: é preciso vencer a barreira do meramente sensível para entender, assim, as causas da dinâmica do corpo. Porque, como já vimos, o comando do corpo parte, sim, da alma. Portanto, a medicina como *tekhne* teria como difícil obrigação, para estudar e compreender a *dynamis* do corpo, se atentar também para aquilo que lhe causa alterações e disfunções. Somente assim, com o conhecimento da causa que provém da alma, seria possível tratar o corpo; somente assim, ultrapassando a experiência e o sensível, a medicina alcançaria sua finalidade.

Esta ‘arte’ não designa apenas as belas artes, como nós tendemos a ler; a arte à qual Platão se refere é tradução do termo *tekhne*, também entendido como técnica. Desenvolver um trabalho com técnica, sob a perspectiva platônica, é realizá-lo da melhor maneira possível. E alcançar o melhor só é possível pelo uso da capacidade racional. O verdadeiro artesão não constrói sua obra apenas com o corpo, mas nela aplica sua alma. Assim, o homem se aproxima da divindade, através de sua alma, imitando a atividade do Demiurgo.

As verdadeiras artes devem, portanto, se atentar para o *logos*, dirigindo seu discurso na direção da alma. Óbvio que, conforme já expusemos, as atividades realizadas no meio externo apenas alcançam a alma humana por intermédio dos sentidos. Porém, a verdadeira *tekhne* possui fundamento lógico, contrapondo-se, assim, à *empeiria*, a qual seria uma “a-logia, isto é, aquilo que não participa da razão, do *logos*; aquilo que





age sem razão, sem fim, sem plano, sem saber por que faz o que faz, uma nau sem piloto” (BENOIT, 1996, p. 58).

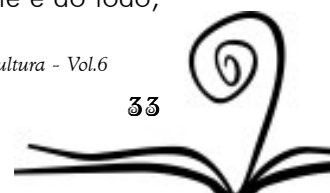
No caso da medicina, o verdadeiro médico, aquele que age racionalmente, deve ir além do estudo do corpo humano e de suas mazelas; o verdadeiro médico se volta primordialmente para a alma, tentando reconhecer que perturbações a atingem e, assim, dirigir não somente a ela, mas também ao corpo, os tratamentos adequados. Somente mediante a contemplação da alma a medicina se reconhece como arte médica (e não como uma espécie de simulacro desta) e sabe seu papel neste Universo.

Teria Platão, de alguma maneira, contribuído para a expansão do conceito de saúde vigente em seu tempo. Ora, com a introdução da alma no mecanismo de adoecimento, o estado patogênico passa a ir além do mal corpóreo. Parece, então, que o conceito de saúde e também o de doença são encorpados, no sentido de ganharem mais um componente, mais um agente. O termo ‘doença’, agora, não mais deve apenas remeter à ferida do corpo, aos sintomas evidentes, mas também aos apelos da alma.

Um indivíduo enfermo não pode mais ser enxergado apenas pelo seu distúrbio corpóreo e o médico deve procurar enxergar além dos sintomas, ultrapassando o campo dos experimentos. Deve-se entender que tal indivíduo possui também sua alma corrompida e, assim, necessita de uma atenção não embutida em remédios ou alimentos. O enfermo não apenas possui o metabolismo de suas células afetado, mas também sua capacidade de raciocínio, de julgar sua realidade. E daí podem se desencadear males e males psíquicos, inclusive a loucura ou a melancolia.

Sendo a alma soberana ao corpo, de nada adianta desenvolver um tratamento específico para o mal corpóreo, caso antes a alma já não tenha sido contemplada. Conforme afirma Platão no *Cármides*, diálogo ainda de sua juventude, “não é possível tratar do corpo sem cuidar da alma” (PLATÃO, 1973e, 156e). E à alma Sócrates reserva seus “belos argumentos”, para nela engendrar a temperança (*sophrosyne*), pois assim seria fácil “promover a saúde da cabeça e de todo o corpo” (PLATÃO, 1973e, 157b).

Mais uma vez, parecemos nos pôr diante de uma evidência da relação entre medicina e filosofia: Platão emprega sua teoria da parte e do todo,



presente em seus diálogos, no método médico. Não se pode, então, resumir uma enfermidade a um órgão específico e, muito menos, apenas ao domínio do corpo. A doença toma, mais agora, um claro caráter psíquico, já que da alma provém o bem e o mal do corpo.

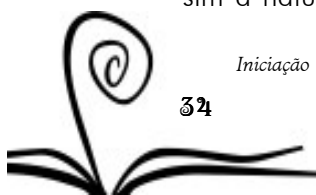
Além disso, a relação corpo-alma parece determinar os diversos tipos de enfermidades, uma vez que estas derivariam, essencialmente, de um desequilíbrio entre os dois. E o estudo desta relação, fundamental para o entendimento da natureza humana, parece se colocar como condição *sine qua non* para aquele que deseja se tornar *experto* na arte médica. O verdadeiro médico, então, deveria se debruçar sobre tal relação sem, entretanto, se restringir à natureza humana, mas tendo em conta a realidade na qual esta se inclui.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No corpo deste trabalho, expusemos os argumentos que julgamos precisos para aproximar corpo e alma e, conseqüentemente, fundamentar a necessidade de um diálogo entre medicina e filosofia.

Agora, como últimas considerações, gostaríamos de chamar a atenção para a necessidade de nos atentarmos para a conduta ética mantida dentro da medicina. Constantemente, ouvimos algum indivíduo reclamar sobre a postura de determinado profissional da área médica durante um atendimento. Geralmente, aponta-se para a insensibilidade de algum profissional, cuja tendência é resumir o enfermo ao locatário da doença. Isto não se baseia em nenhum autor específico; não há bibliografia quando se fala em fatos do cotidiano, basta a observação. Esta é uma realidade dos nossos dias: a insatisfação com a postura adotada dentro da medicina.

Acreditamos que, neste âmbito, tanto a filosofia platônica como a medicina hipocrática podem nos trazer alguma contribuição, pois ambas se recusam a encarar o paciente apenas como portador de doenças. Ao médico cabe se reconhecer diante de um ser humano, não de um agente patogênico. Seu objeto de estudo não é a doença ou seu causador, mas sim a natureza humana e o meio no qual ela se inclui. Para isto já nos



acorda a medicina clássica, quando no seguinte tratado define o comportamento esperado do médico:

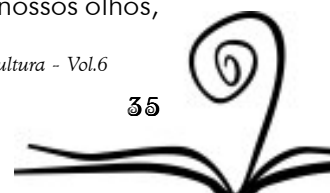
Deve ser justo em todo relacionamento, pois freqüentemente é necessário zelar pelo senso de justiça. Não é pequena a intimidade entre o médico e seus pacientes, pois eles se colocam nas mãos de seus médicos (...). É preciso, portanto, observar todas essas coisas com comedimento e conduzir-se assim, de corpo e alma. (HIPÓCRATES *apud* CAIRUS & RIBEIRO, 2005, p. 180)

Quando se passa, ainda, para a filosofia platônica, a exigência moral e ética que recai sobre o médico parece se tornar ainda mais severa. A partir do momento que os processos patogênicos também dizem respeito à alma, cabe ao médico, reconhecendo o homem para além do corpo, contemplar as almas de cada paciente. Mas como? Ora, contemplando sua própria alma, posto que ela, sendo universal e eterna, o torna semelhante aos demais homens. O médico deve ter como permanente o exercício de autoconhecimento, mas não somente de si, como indivíduo e cidadão, mas também da atividade que exerce, sabendo do papel que a medicina desempenha na sociedade.

Torna-se obrigatório para o médico o movimento de ascensão, aquele que nos permite acessar as Ideias e obter o conhecimento verdadeiro. Afinal, é seu dever elevar a medicina ao posto de arte e, somente quando fala ao logos, algo pode ser considerado como arte verdadeira. E se à arte médica cabe curar os homens, esta deve saber tratar corpo e alma em conjunto, nunca estabelecendo o desequilíbrio, mas lutando a favor da harmonização.

Portanto, a filosofia aparece como uma atividade que possui uma utilidade, visa a um fim: o bem da alma. Daí a analogia entre medicina e filosofia, de que tantas vezes o filósofo ateniense lançou mão. O médico trata do corpo, o filósofo da alma. O filósofo é o médico da alma. (FRÍAS, 2001, p. 57)

Portanto, ao verdadeiro médico, aquele que se entrega à sua arte de corpo e alma, cabe também o saber filosófico, a medicina da alma. O médico deve nutrir amor à sabedoria, à verdade, ao homem e à natureza. O verdadeiro médico deve se voltar para aquilo que, perante nossos olhos,



revela um Platão, às vezes, tão hipocrático e um Hipócrates, às vezes, tão platônico: a atenção à vida.

Neste momento, que até se pode chamar de final, não desejamos expor qualquer conclusão arrebatadora. Estivemos mais preocupados em explicitar, aos poucos, nossa proposta e, pela argumentação, tentar provocar a reflexão acerca da relação medicina-filosofia. Acreditamos que não exista uma conclusão determinada para este trabalho: nosso estudo se volta mais para a tentativa de iniciar um ciclo, nunca de dá-lo como terminado. Caso se deva atribuir algum valor às palavras aqui escritas, que seja na intenção de excitar a seguinte pergunta na mente do leitor: até que ponto não poderia a medicina aprender com a filosofia, e vice-versa?

## REFERÊNCIAS

- BENOIT, H. *Sócrates e o Nascimento da Razão Negativa*. São Paulo: Moderna, 1996.
- CAIRUS, H. F. & RIBEIRO JR., W. A. *Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FRIAS, I. M. *Platão Leitor de Hipócrates*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001.
- FRIAS, I. M. *Doenças do Corpo, Doenças da Alma: filosofia e medicina na Grécia Antiga*. São Paulo: Loyola, 2005.
- JEANNIÈRE, A. *Platão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- PETERS, F. E. *Termos Filosóficos Gregos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1974.
- PLATÃO. *Timeu*. Belém: Editora Universitária da UFPA, 1973a.
- PLATÃO. *Fedro*. Belém: Editora Universitária da UFPA, 1973b.
- PLATÃO. *Parmênides*. Belém: Editora Universitária da UFPA, 1973c.
- PLATÃO. *Teeteto*. Belém: Editora Universitária da UFPA, 1973d.
- PLATÃO. *Cármides*. Belém: Editora Universitária da UFPA, 1973e.
- PLATÃO. *Fédon*. Belém: Editora Universitária da UFPA, 1973f.
- PLATÃO. *A República*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.



# **ENTRE O DIREITO E A NORMA: O DISCURSO DO PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFOBIA E SUA REPERCUSSÃO NA SAÚDE**

**Eliane Vieira Lacerda Almeida<sup>1</sup>**

A partir da definição do conceito de saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988 – “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” – não se pode mais ignorar os aspectos sociais e políticos como determinantes na conquista da saúde (BRASIL, 1988). Por isso, para garantir a definição constitucional, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ocorrer por meio de políticas e estratégias capazes de induzir mudanças fundamentais para se “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, tal como definido no Título I – Dos Princípios Fundamentais, da Constituição Federal de 1988.

Considerando a sexualidade e o gênero como determinantes do processo saúde-doença, uma iniciativa importante em curso é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI/LGBT), que coloca em evidência e reforça o direito de todos à saúde pelo acesso universal e igualitário aos serviços e ações de promoção, prevenção e cuidado. Essa política resultou da participação do movimento social organizado de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (GLBT) e de iniciativas promovidas nos últimos anos, como o Programa Brasil sem Homofobia e a 1ª Conferência Nacional de GLBT.

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2007-2009). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Grasielle Nespoli (mestre em Saúde Coletiva), do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (Nuted). Contato: elianealmeida.elva@gmail.com.



A atualidade dessa iniciativa incentivou a elaboração deste artigo, que busca compreender tanto a construção normativa da sexualidade (que define como normal a heterossexualidade) como a luta social pelos direitos de GLBT. Nesse sentido, este trabalho discute, inicialmente, a dimensão histórica e social da sexualidade e da luta pelos direitos de GLBT. Em seguida, apresenta uma análise do Programa Brasil sem Homofobia no que tange às suas diretrizes, estratégias, ações e repercussões na saúde que colaboram com a desconstrução da imagem do movimento de GLBT como subversivo e patológico. Por fim, aborda as mudanças ocorridas no discurso em relação ao modelo normativo produzido histórica e culturalmente.

A pesquisa realizada foi exploratória e pautou-se em dois métodos: 1) pesquisa e revisão de artigos sobre o tema disponíveis no Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*); 2) pesquisa de documentos que registram o Programa Brasil sem Homofobia e seus desdobramentos na saúde. Além disso, seguindo o pensamento de Foucault (1996) sobre a produção do discurso como mecanismo usual na nossa sociedade de exercício do poder, não podemos desconsiderar, em contrapartida, os discursos produzidos por movimentos organizados e minorias que lutam por seus direitos. Neste sentido, todo processo investigativo e analítico considerou os textos bibliográficos e documentais como discurso que, segundo Foucault (1996, p. 10), "(...) não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar".

Este trabalho coloca a sexualidade em discurso não com a finalidade de exercer um controle sobre a mesma, mas de promover mudanças voltadas para a liberdade e para o respeito à diversidade sexual.

## **A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SEXUALIDADE E A LUTA SOCIAL PELA DIVERSIDADE**

O enunciado da diversidade sexual humana é hoje possível em função dos deslocamentos epistemológicos, bem como de mudanças sociopolíticas e tecnológicas ocorridas a partir do século XVIII. Sexo e sexualidade são termos que se constituem em



objetos de pesquisa e discussão teórica em diversas áreas do conhecimento nesse início do século XXI. Uma estratégia historicizante torna-se fundamental, portanto, para que se possa compreender como determinadas áreas monopolizaram essa discussão. (TONELLI, 2008, p. 62)

A questão da diversidade sexual tem conquistado bastante evidência na atualidade. Hoje, no mundo todo e em especial no Brasil, existe um conjunto de iniciativas e de políticas que tratam desse tema e buscam produzir novas relações pautadas no respeito à diferença e no direito à livre expressão. Ainda que permaneçam práticas preconceituosas, é possível perceber uma construção teórica que afirma que a sexualidade e as formas de relação entre homens e mulheres são produções históricas e estão, assim, articuladas com fatores econômicos, sociais, políticos e culturais.

Foucault (1985), no seu livro *História da Sexualidade*, volume 1, aponta que a partir do século XVIII houve uma mudança no que diz respeito ao trato da sociedade com a sexualidade. As práticas sexuais ainda não eram regradas e bem definidas até o início desse período. Quando a monogamia passa a ser mais respeitada, a questão sexual volta-se para a vida conjugal e ocorre um maior empenho social para tornar as relações algo bem estabelecido, tanto moral quanto judicialmente.

Engels (1980), no livro *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, mostra como a monogamia foi definida como uma forma de relação sexual e conjugal entre homens e mulheres na modernidade – que ele chama de civilização –, período de maior complexidade na utilização de produtos naturais, além de ser a fase da industrialização e das artes. Para Engels (1980), a monogamia rompe com práticas dos períodos anteriores, como a poliandria, a poligamia e o incesto<sup>2</sup>. O fato de a evolução da monogamia dar conta do amor sexual moderno não significa que esse desenvolvimento tenha sido baseado no amor entre marido e esposa. O fato de um sexo ser considerado superior ao outro ilustra essa tese. A pri-

---

<sup>2</sup> Para ilustrar que o incesto era algo natural em algumas sociedades, Engels relata as relações entre duas tribos australianas: os krokis e os kumites. Um kroki tem o direito de possuir toda mulher kumite, até mesmo a filha que gera nessas mulheres. Porque essa nova menina não será necessariamente sua filha, visto que todos os demais krokis possuem igualmente as mesmas mulheres.



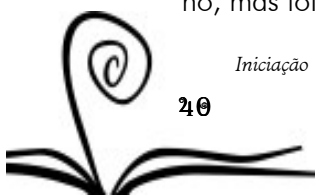
meira forma de relação em que se vê claramente o envolvimento emocional entre casais é o amor ilustrado nas poesias sobre o cavalheirismo da Idade Média. Mas esse amor não pode ser considerado conjugal, visto que mostrava, muitas vezes, a relação de adultério da mulher, não podendo ser excluído, assim, o amor pelo amante.

Com o surgimento de uma nova classe econômica (a burguesia), segundo Engels (1980), a monogamia assumiu duas formas de se estabelecer: 1) nos países católicos, os casamentos eram normalmente arranjados pelos pais por interesses econômicos; 2) já nos países protestantes, os burgueses tinham maior liberdade para escolher seus parceiros, mas dentro de sua classe social. Contudo, essa liberdade oferecida era um meio de manter as aparências do próprio protestantismo.

Um exemplo de relação em que a monogamia é praticamente plena é o casamento do proletariado. O homem nessa relação não tem bens financeiros para estabelecer uma relação de domínio sobre a mulher. Esta, com a industrialização, é arrancada do seu lar e conseqüentemente adquire a mesma colocação social que os homens. Não tendo mecanismos de supremacia de um sexo sobre outro e nem casamentos arranjados, os proletariados são, para Engels (1980), o exemplo de indivíduos livres para estabelecer relações mais próximas do casamento por amor, desde que o ser amado seja igualmente proletariado.

Segundo Foucault (1985), para tornar a nova lei da monogamia efetiva, foi necessário fazer com que as pessoas a praticassem e a respeitassem. Para tal, foram criados alguns mecanismos de reeducação sexual, que possibilitaram que entidades de poder (como o Estado e a Igreja) elaborassem discursos sobre a sexualidade, tema que não era antes comum. A partir do século XVIII, ao contrário do que se afirma, não houve uma repressão das práticas sexuais, mas sim uma incitação. A estratégia era incentivar falas para reprimir ações.

Ainda de acordo com Foucault (1985), um método muito eficiente utilizado pela Igreja era a confissão. O indivíduo era incentivado a pensar sobre si, a analisar seu próprio sexo, a descrever seus prazeres e desejos por outra pessoa. Esse estímulo à fala foi importante para o autoconhecimento humano, mas foi criado visando a objetivos desagradáveis e cruéis: pensar sobre





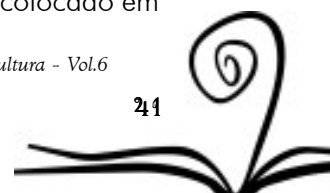
seu sexo não para melhorar suas formas de prazer, mas para ter consciência de que suas ações são erradas e ferem toda uma ordem superior. É um processo de castração e de produção da culpa.

Foucault (1985) explica que, além da reeducação, havia a educação das crianças. A estas eram ensinadas desde cedo as formas corretas para estabelecer relações dentro da sociedade em que estavam inseridas. Sem um conhecimento prévio sobre o mundo e sobre si, a forma ensinada por discursos castradores era a única visão de relacionamento que as crianças possuíam. Foucault (1985) entende a educação como o processo de incitação do falar sobre o sexo que define o que é normal e o que é patológico. Isso significa que essa incitação foi fundamental para o entendimento e para a construção heteronormativa da sexualidade.

Os argumentos de Foucault (1985) nos levam a refletir acerca do orgulho da sociedade em se posicionar como oprimida e do prazer de mostrar que está se castrando e reprimindo suas vontades. A conclusão é que a construção da culpa no indivíduo foi tão bem elaborada, possui raízes tão profundas, que nos condicionamos a sofrer para não ter a 'consciência pesada'. Segundo Foucault, reverter essa situação em prol da liberdade será tão trabalhoso quanto foi o processo castrador.

A síntese da história da sexualidade seria 'poder-saber-prazer' e, em um primeiro momento, o essencial não seria observar o que se diz sobre o sexo, saber se há repressão ou não, mas perceber o que se fala, perceber a 'colocação do sexo em discurso', a maneira com que o poder controla e penetra o prazer rotineiro. Para Foucault, no final do século XVIII e no século XIX, houve um estímulo à vontade de saber que abriu caminho para a expansão de certos discursos verdadeiros. Foucault (1985, p. 17) lembra que a instância de produção discursiva também organiza silêncios, que as de produção de poder às vezes interdita e que as de produção de saber fazem circular erros ou desconhecimentos.

Foucault, numa perspectiva histórica, revela as condições sociais que tornaram possíveis determinadas formas de relação entre homens e mulheres (como a monogamia e a heterossexualidade), certos discursos sobre a sexualidade e certas tecnologias de poder sobre o corpo e a subjetividade humana. O filósofo mostra como na modernidade o sexo foi colocado em



discurso, mas um discurso normativo, binário, produtor do normal e do anormal.

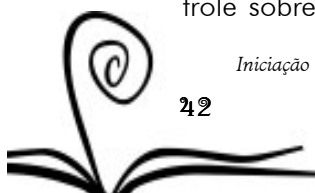
Pensar a sexualidade como uma produção social e histórica é importante para desmistificar que formas de expressão e relação sexual, como a homossexualidade, ou de relação conjugal, como a poligamia ou a poliandria, são patológicas. Além disso, a dimensão histórica da sexualidade mostra como tecnologias de poder, como a confissão e o conhecimento de si, atuam no controle dos corpos e na normatização das subjetividades.

Com a apropriação do argumento histórico, na segunda metade do século XX, os movimentos sociais organizados começaram a enunciar um outro discurso, em favor da diversidade sexual e dos direitos de cidadania. Dois movimentos foram marcantes: o feminista e o homossexual.

Deve-se destacar nesse cenário, também, a emergência dos movimentos sociais organizados – especialmente os de minorias como o feminista e o homossexual –, a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho assalariado – acompanhada de sua crescente escolarização – e, na década de 1960, o advento da pílula anticoncepcional, que favoreceu sobremaneira a separação entre sexualidade e reprodução. (TONELI, 2008, p. 64)

Para Sarti (2004), essa renovação da função social feminina na década de 1960 foi propiciada pela modernização que o Brasil sofreu. Modernização esta marcada por questões políticas e econômicas, pela intensa migração da população para os novos centros urbanos industrializados e por questões mais subjetivas, como o estabelecimento de relações afetivas no modelo familiar que questionam principalmente a hierarquia de gênero.

No caso brasileiro, a expansão do mercado de trabalho e do sistema educacional na fase inicial da ditadura, apesar de ainda excludentes, gerou novas oportunidades para as mulheres, facilitando sua inserção de forma ativa na sociedade. Além disso, a efervescência cultural de 1968 em todo o mundo trouxe novidades no âmbito afetivo-sexual, incluindo os métodos anticoncepcionais que possibilitam que as mulheres tenham controle sobre seus corpos; fato que contribuiu para o enfraquecimento de

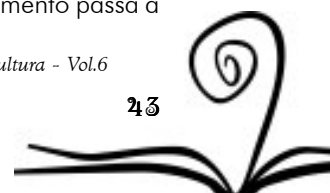


relações familiares baseadas no autoritarismo e no caráter patriarcal, principalmente depois da década de 1980, quando se inicia abertamente a discussão sobre direitos reprodutivos.

Como principal efeito dessas lutas, destaca-se a transformação da própria imagem feminina. Com uma postura mais agressiva, mulheres militantes assumiram um comportamento sexual que as igualava aos homens, pois tinham tanto êxito quanto eles ao pegarem em uma arma. Neste contexto, as mulheres sofriam discriminação por parte da direita, por serem vistas como imorais, e por parte da esquerda, que considerava que o movimento feminista não passava de reformismo burguês. Sofriam, também, preconceito de outras mulheres, que as consideravam antifemininas (SARTI, 2004). Assim, se a mulher tenta cumprir funções do gênero masculino, mas se mantém feminina, não vai conseguir nada além da discriminação por ser mulher. Se ela se deixa ser feminina, vai ser discriminada por não cumprir o que é esperado do seu sexo biológico (SARTI, 2004).

Já em relação ao movimento homossexual, Rios (*apud* DINIS, 2008) lembra que a epidemia de HIV/Aids, na década de 1980, foi um fato desencadeador da consideração de direitos sexuais, apesar de ser também o responsável por muitos casos de discriminação e de produção de estigma. O fato uniu e deu força para grupos sociais criarem estratégias para o enfrentamento dessa nova doença. No início, quando não se sabia nada sobre o vírus HIV e a Aids, a doença era denominada ‘câncer gay’, uma vez que os casos conhecidos no início da epidemia eram todos de homens homossexuais. Ou seja, foi necessário o movimento homossexual se organizar para se proteger porque, ao invés de a sociedade assumir esse papel, ela só fez o trabalho de excluir e discriminar ainda mais o segmento social que estava sendo ‘vítima’ de um vírus letal. Segundo Facchini:

a constituição do Grupo SOMOS, em 1978, representa um marco na origem do movimento GLBT no Brasil. Entretanto, apenas após a epidemia de HIV/Aids que irrompeu na década de 80, a população homossexual começa a se organizar como Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). Em 1993, o movimento passa a ser denominado como Movimento de Gays e Lésbicas (MGL), tendo em 1995 surgido a sigla GLT por incorporar o segmento de Travestis. A partir de 1999, o movimento passa a



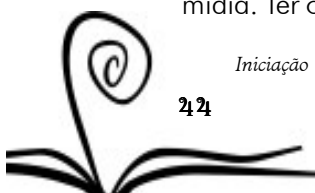
ser definido pela sigla GLBT, contemplando em sua composição os segmentos de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, entendendo que esta última denominação refere-se a travestis e transexuais. (*apud* BRASIL, 2008b, p. 5)

Ou seja, na segunda metade do século XX, a sociedade brasileira passou por mudanças no âmbito econômico e social que despertaram em indivíduos motivações políticas e sentimentos antiditatoriais. Esse cenário contribuiu para que segmentos sociais minoritários começassem a lutar por uma nova sociedade através da elaboração de projetos e políticas que desconstruíssem o modelo social normativo e, assim, incorporassem novos discursos acerca da diversidade sexual e de gênero.

Dinis (2008) aponta que documentos como os relatórios das Conferências Íbero-Americanas de Educação têm sido elaborados a partir da concepção de que é dever do Estado investir permanentemente no Ensino Superior, garantindo, assim, a propagação de conhecimentos científicos e de políticas de inclusão através do estímulo ao exercício da cidadania e ao respeito aos direitos humanos. Esses documentos, juntamente com movimentos sociais, pressionam as universidades a discutirem sobre os novos sujeitos escolares e sobre a inclusão de grupos minoritários que cada vez mais reivindicam seu espaço na sociedade.

No Brasil, debates sobre a diversidade sexual na área da educação foram iniciados por volta da década de 1990, mas, de acordo com Dinis (2008), a prática usual em espaços escolares é a ocultação da diferença não aceita socialmente. Uma forma para tentar negar a existência do homossexual é não colocar esse tema em discurso, não falar do que, supostamente, não existe. Outra estratégia é oprimir o indivíduo diferente, impedindo que o mesmo se mostre em ambientes públicos, principalmente quando estes locais são espaços de construção de identidade de outros indivíduos, como é o caso das escolas. Partindo da ideia de que conhecer o outro ou a diferença pode ser algo contagioso, abafam-se as anomalias para que estas não contaminem pessoas ditas normais, evitando despertar curiosidade sobre um universo incomum.

Além de locais de ensino, Dinis (2008) exemplifica outros locais que vêm dando espaço para a discussão da temática da diversidade sexual, como a mídia. Ter o diferente exposto em uma novela ou em um filme, por exemplo,



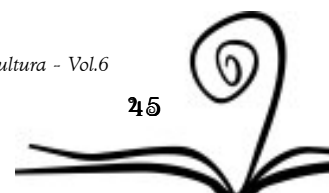
faz com que grupos minoritários conquistem espaço. Eles passam a existir para pessoas que nunca ouviram falar deles e passam a ser vistos por aqueles que os ignoravam. Tornam-se assunto, geram debates. Forçam as escolas a se adaptarem a essa 'nova' realidade colocando a diversidade sexual como tema de discussão com os estudantes. Porém, a mídia em si não tem o caráter de gerar questionamentos, ela produz e reproduz maneiras padronizadas de modo de vida e de relações sociais. No entanto, para o autor, veículos midiáticos têm sido instrumentos para a naturalização do homossexual.

O indivíduo é o que é porque nasceu assim e ninguém tem culpa pelo que não pode mudar. Esse discurso pode indicar que a origem da homossexualidade está marcada por distúrbios biológicos e/ou fatores sociais imutáveis, como a estrutura familiar. Esse discurso impossibilita que o homossexual assuma responsabilidades sobre seu desejo e sua escolha de relações afetivas e sexuais. A imagem que a mídia divulga quase sempre é do homossexual como 'coitado', criando um ambiente de maior tolerância social para essa pessoa que só é assim por fruto do destino, dando, dessa maneira, continuidade ao modelo de superioridade do heterossexual, visto que este só aceita o diferente por pena. Porém, a tolerância é controlada: só se aceita o outro enquanto o outro não afeta a sociedade.

Além desse argumento, para explicar o fundamento do preconceito mais intenso que travestis e transexuais sofrem, ele explicita o motivo principal que rege as leis brasileiras e as da América Latina. Rios (*apud* DINIS, 2008) diz que a tendência é cuidar do grupo GLBT pela explicação biomédica, pela ideia da 'saúde sexual' que 'patologiza' identidades de gênero e práticas sexuais, o que só legitima processos discriminatórios. Ao invés de batalhar para desconstruir o estigma do homossexual, esse discurso reforça movimentos homofóbicos com leis fundamentadas na questão biológica e não no direito sexual<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Não podemos deixar de lembrar que foi a própria psiquiatria a responsável pela criação das patologias sexuais. As classificações e os conceitos serviram para colocar as práticas sexuais em caixinhas, rótulos. Toda prática possuiria um nome, uma definição, além da criação e do reforço da ideia de gênero. Ou seja, a psiquiatria foi também, por um tempo, assim como a escola e a mídia, um dos mecanismos de produção de subjetividade, um mecanismo que normatiza as formas de estabelecer relações com o outro. Somente em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) eliminou a homossexualidade da lista de transtornos mentais.

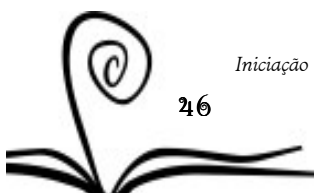


Dinis (2008) defende a ideia de que se deve colocar a temática de gênero em debate como estímulo à reflexão. Deve-se questionar a fabricação de identidade. A busca tem que ser pelo conhecimento real do tema abordado e não pela banalização do discurso, como é realizada pela mídia. Sem o estudo aprofundado sobre a sexualidade não há como ter bases reais para a afirmação da heterossexualidade, pois esta seria opção única.

A reformulação da linguagem é um ponto importante para a desconstrução desse modelo social que reafirma diferenças dando juízo de valor a uma ou outra característica. A menina é desde cedo ensinada que não importa o número de moças presentes: havendo um rapaz, na construção da frase que identifica o grupo, é sempre usado o gênero masculino. Isso 'inconscientemente' já ensina desde cedo que a mulher é subordinada ao homem. A linguagem masculino-dominante é um método excludente e que reproduz a ideia de o papel da mulher na sociedade ser inferior ao do homem. Outra mudança é a substituição da palavra 'homossexualismo', que está ligada à doença psiquiátrica, por outras como 'homossexualidade', 'homoerotismo' ou 'homoafetividade'.

Rios (*apud* DINIS, 2008) vai um pouco mais adiante e propõe a substituição do termo 'homofobia' para o uso da palavra 'heterossexismo' para evidenciar a exclusão que os heterossexuais impõem às pessoas que não seguem a heteronormatividade. Da mesma forma que algumas feministas mais radicais vão defender a alteração da palavra 'homofobia' por 'lesbifobia', pois não se sentem incluídas no termo usual. Porém, esses dois últimos termos, além de não cuidarem da questão do gênero, caem em um erro muito comum dentro de grupos minoritários: a defesa do seu interesse pessoal e não a luta coletiva. Se a luta é por diversidade, colocar a heterossexualidade na berlinda é igualmente uma forma de exclusão.

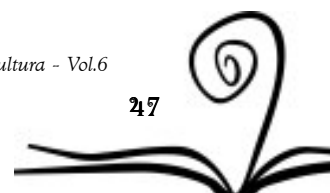
Dinis (2008) adverte que instituições financiadoras de pesquisa, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), mostram resistência em investir nessa temática. Como argumento para essa postura é defendido que a Constituição Federal, apesar de tratar a sexualidade como tema transversal da sociedade, não diz nada claramente sobre a homossexualidade e outras formas de relação sexual.



Esse argumento fundamentado pela forma vaga que as leis se estruturam se encontra também nos estudos de Lionço (2008) sobre a equidade no SUS, instituída pela Lei Federal n. 8.080 de 1990. O SUS tem como princípios, dentre outros, a universalidade do acesso à saúde, a integralidade da atenção e a equidade, entendida como um mecanismo para garantir a universalidade, visto que a falta de respeito à diversidade de necessidades dificulta o oferecimento de cuidados distintos para os diferentes usuários. Porém, como a equidade não é enfatizada na Constituição Federal e na legislação relativa ao SUS, a questão orçamentária dificulta políticas ‘paralelas’ de saúde, dentre elas as políticas específicas para o grupo GLBT.

No âmbito da saúde, Lionço (2008) defende a ideia de que a desnaturalização da sexualidade é fundamental para o avanço da consolidação do direito à saúde integral para GLBT, bem como para a garantia de direitos básicos como a autonomia, o livre desenvolvimento da personalidade, a privacidade e a dignidade. Se juntamente à garantia desses direitos tivermos a desconstrução da reprodução como finalidade das relações sexuais, daremos um passo muito importante para a democratização do direito sexual, além de possibilitarmos que a homossexualidade seja uma forma de expressão erótica e subjetiva. Ver a homossexualidade como uma construção histórica, social (e também biológica) da subjetividade e não como uma patologia é dizer não à medicalização da sexualidade que tenta normatizar o afeto humano, tendendo à lógica heteronormativa.

Nesse sentido, políticas de saúde para o grupo GLBT ganharam evidência principalmente a partir de 2004 com a elaboração de projetos como *Brasil sem Homofobia*, cujo objetivo é garantir direitos fundamentais aos cidadãos inseridos no grupo GLBT e o combate às intolerâncias a esse grupo. Na contramão das concepções normativas, iniciativas enunciam outro discurso e marcam a luta para a conquista do direito à diversidade sexual que repercute na saúde na forma de uma Política Nacional de Saúde Integral.



## **O PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFOBIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS**

O programa Brasil sem Homofobia foi elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH, Presidência da República) e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (Ministério da Justiça). A ação de combate à discriminação contra GLBT estava contemplada no Plano Plurianual (PPA)<sup>4</sup> 2004/2007 do Governo Federal e foi então instituída na forma do Programa Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual – pela SEDH no primeiro ano de execução do PPA.

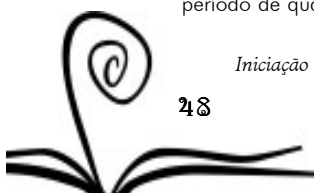
Um dos objetivos centrais deste programa é a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos. (...) As políticas públicas traduzidas no Programa serão exitosas porque é uma decisão de todos, elaborada pelo consenso. Entretanto, a participação de cada um de nós como cidadão é importante para a consolidação dos direitos humanos como direitos de todos. (BRASIL, 2004, p. 7)

O Programa Brasil sem Homofobia é considerado uma política de Estado por articular, na sua elaboração, o Governo Federal e a sociedade civil visando a reconstruir o papel do grupo GLBT na sociedade, enxergando nele cidadãos de direitos e não um grupo separado que precisa de cuidados especiais por ser diferente. O programa tem por objetivo conquistar a equiparação de direitos para membros do movimento GLBT por meio da cidadania dos mesmos e do combate à violência e à discriminação homofóbica, pois visa à inclusão plena desses cidadãos na sociedade e a garantia da sua preservação pessoal independentemente da sua orientação sexual e de seu gênero.

Como meios para efetivar esses objetivos, o programa é composto por diferentes ações que se focam basicamente em quatro medidas:

---

<sup>4</sup> O Plano Plurianual (PPA) estabelece os projetos e os programas de longa duração de um governo no que diz respeito ao orçamento público, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.



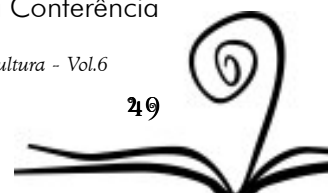


a) apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia; b) capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos; c) disseminação de informações sobre direitos, de promoção da auto-estima homossexual; d) incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento LGTB. (BRASIL, 2004, p. 11)

E tem por princípios:

i) A inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias; ii) A produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta; iii) A reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira. (BRASIL, 2004, p. 11)

A discriminação como agenda pública no plano internacional foi discutida em 1995 na Conferência Mundial de Beijing (BRASIL, 2004). Mas foi com a preparação para a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul, em 2001, que o Brasil pôde pela primeira vez colocar a temática da discriminação por orientação sexual em discurso formalmente, através de propostas que devem acabar com essas práticas, uma vez que a discriminação por orientação sexual é uma forma de discriminação que agrava o racismo (BRASIL, 2008a). Apesar de não ter sido incorporada ao texto final da Declaração de Plano e Ação da Conferência



de Durban, falar sobre essa temática abriu espaço para que a mesma fosse discutida em outros espaços políticos.

A 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em 2008, é um exemplo recente da continuidade dessa discussão. Essa conferência convocada pelo presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, e que teve como tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT”, representou um marco na luta pelos direitos humanos desse segmento social, pois foi a primeira vez que um governo convocou e promoveu um espaço político, visando à inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)<sup>5</sup>, que contou com a participação de representantes desse movimento. Depois das discussões dos grupos nos três dias de conferência, mais de quinhentas propostas foram aprovadas.

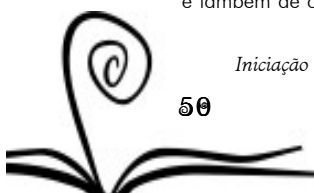
Com relação à saúde, o texto-base da conferência aponta:

O direito à saúde no Brasil está garantido na Constituição e é fruto da grande mobilização política da sociedade, que envolveu e comprometeu as instituições públicas e o conjunto da Assembléia Nacional Constituinte. Esta luta ganhou o nome de Movimento pela Reforma Sanitária brasileira. A partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser integrante do Sistema de Seguridade Social em decorrência do conceito de saúde adotado, ou seja, o de que a saúde é o resultado de acesso das pessoas e coletividades às políticas, aos bens e serviços sociais que promovem a qualidade de vida. (BRASIL, 2008a, p. 14)

Por entender a saúde no seu aspecto amplo, as propostas surgidas nessa conferência visam a assegurar efetivamente o que está previsto teoricamente na Constituição brasileira. Além disso, o SUS vai contra a lógica de mercado que vê na doença uma fonte de lucro, sendo uma política contrahegemônica e que, por esse motivo, sofre muitos ataques de forças que querem reduzir as conquistas e a luta dos movimentos sociais. A melhor forma de continuar assegurando o direito à saúde da população é integrar

---

<sup>5</sup> A alteração do termo GLBT em favor de LGBT foi aprovada na 1ª Conferência Nacional GLBT. A mudança de nomenclatura foi realizada a fim de valorizar as lésbicas no contexto da diversidade sexual e também de aproximar o termo brasileiro com o termo predominante em várias outras culturas.



a própria população na luta por seus direitos. Por esse motivo, é preciso realizar propostas de leis que incluam também LGBT como sujeitos de direitos não apenas por uma questão de identidade de um ou de vários grupos, mas por uma questão coletiva.

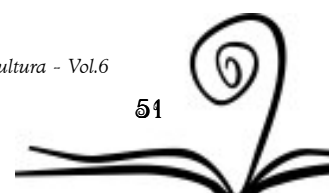
Dentre as principais estratégias de gestão e de ação traçadas no texto-base da conferência, destacam-se: educar os profissionais da saúde e sensibilizar gestores públicos sobre a inclusão e atenção do LGBT no cenário da saúde pública; incluir o grupo LGBT na formulação das políticas para o próprio grupo, além de apoiar o fortalecimento da conscientização do direito à saúde; investir em pesquisas com esse grupo no âmbito da saúde; elaborar e regulamentar os Protocolos do Processo Transexualizador no SUS e respeitar o direito de o usuário do serviço público ser tratado pelo nome correspondente ao gênero que o usuário se identifica, permitindo que esse nome seja colocado em prontuários médicos e demais documentos da área da saúde; iniciar pesquisas para a elaboração de protocolos que permitam a colocação e retirada de prótese de silicone<sup>6</sup>; e disponibilizar atenção à saúde mental e à saúde carcerária.

Sendo assim, o texto-base da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no que tange à saúde pública, apresenta propostas de humanização do sistema de saúde como forma também de permitir a continuidade do próprio sistema como algo público. O caminho para o tratamento com equidade, como está previsto nas diretrizes do SUS, não é fragmentar os grupos populacionais, mas trabalhar para que todos possam ter a chance de receber os devidos tratamentos, segundo suas necessidades.

A conferência foi um reflexo da mudança da postura do governo no que diz respeito à visão social do direito ao exercício e à expressão da sexualidade e do gênero. Precedente e até mesmo norteador para a conferência, o programa Brasil sem Homofobia sinaliza que:

---

<sup>6</sup> O protocolo atual só permite a mudança de sexo, incluindo a utilização de hormônios e a colocação de prótese de silicone, para transexuais, pois acha que estes são doentes e que por isso precisam de cuidados médicos. Não há nenhum programa que permita apenas alterações do corpo, como colocação de silicone em travestis.



enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante. Com esse novo Programa, o governo brasileiro dá um passo crucial no sentido da construção de uma verdadeira cultura de paz. (BRASIL, 2004, p. 13)

Como continuação da discussão iniciada na conferência, foi elaborado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, também organizado junto à sociedade civil. Com base nas propostas encaminhadas na 1ª Conferência Nacional LGBT, esse plano contém 51 diretrizes e 180 ações – um número bem reduzido se comparado às quinhentas propostas surgidas inicialmente na conferência –, o que torna mais fácil a efetivação das propostas encaminhadas. O objetivo geral do Plano Nacional é “orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersectorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas” (BRASIL, 2009, p. 10).

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT tem os seus princípios orientados por direitos já garantidos na Constituição Federal que envolvem “princípios da igualdade e respeito à diversidade, da equidade, da laicidade do Estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social” (BRASIL, 2009, p. 11). A fim de atingir seus objetivos, o plano estabelece 51 diretrizes, das quais se destacam:

- 5.1. Adoção de abordagem pluralista que reconheça e garanta a universalidade e indivisibilidade, interdependência e de todos os aspectos da pessoa humana, incluindo a orientação sexual e identidade de gênero, pessoas com deficiência, raça e etnia nos espaços de pactuação com os demais setores de governo e da sociedade civil;
- 5.3 Diferenciação dos conceitos de homofobia, lesbofobia e transfobia;
- 5.6. Combate à homofobia institucional;
- 5.8. Ampliação dos conceitos de família, de modo a contemplar os arranjos familiares de LGBT e assegurar a inclusão do



recorte de orientação sexual e identidade de gênero, observando a questão étnico-racial, nos programas sociais do Governo Federal;

5.20. Proteção da universalidade, integralidade e acessibilidade na atenção básica à pessoa idosa LGBT;

5.21. Ampliação da cobertura dos planos de previdência públicos e privados aos companheiros/as homoafetivos/as de travestis e transexuais;

5.23. Intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação das políticas públicas: o combate à homofobia requer ações integradas entre as áreas da educação, saúde e segurança, dentre outras;

5.32. Formação e capacitação contínua de atores públicos e sociais na temática da diversidade de orientação sexual e identidade de gênero;

5.35. Participação social no processo de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas para LGBT;

5.38. Criação de incentivos às instituições públicas e privadas para adesão à política LGBT;

5.40. Efetivação do Estado Laico como pressuposto para a implementação do SUS, garantindo os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como o atendimento de qualidade e não discriminatório por orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia;

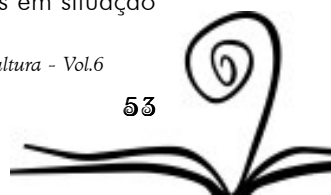
5.41. Cumprimento das orientações do Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre HIV/Aids e não discriminação por orientação sexual e identidade de gênero no mundo do trabalho;

5.42. Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nas instâncias do SUS;

5.43. Implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

5.44. Qualificação da atenção no que concerne aos direitos sexuais e direitos reprodutivos em todas as fases de vida para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, nos âmbito do SUS;

5.45. Promoção da humanização da atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em situação



carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

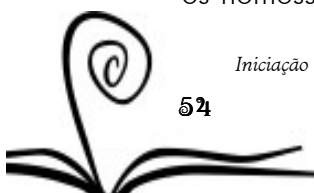
5.46. Desenvolvimento de ações e práticas de Educação em Saúde nos serviços do SUS e de Educação em Saúde nas Escolas com ênfase na orientação sexual e identidade de gênero;

5.47. Extensão do direito à saúde suplementar ao cônjuge dependente nos casais de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

5.48. Disponibilização do acesso universal e integral de reprodução humana assistida às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em idade reprodutiva. (BRASIL, 2009, p. 14-19)

Analisando as diretrizes do plano que se focam na área da saúde, podemos observar que o que está sendo reivindicado são direitos minimamente garantidos, ou seja, citados nas leis brasileiras, mas que precisam ser explicitados quando o sujeito que vai solicitar serviços de saúde específicos é lésbica, gay, bissexual, transexual ou travesti. Além das diretrizes, o plano conta com dois eixos estratégicos, duas subdivisões do conjunto de estratégias de ações. São ações mais específicas e explícitas que determinam o órgão competente a cada item e o prazo que deve ser cumprido. O Eixo I corresponde à “promoção e socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilidade e mobilização” (BRASIL, 2009, p. 21). É dividido em quatro estratégias e possui aproximadamente trinta subdivisões no que tange à saúde. O Eixo II dá conta da “formação e promoção da cooperação federativa; articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes; cooperação internacional; gestão da implementação sistêmica da política para LGBT” (BRASIL, 2009, p. 35). É dividido em seis estratégias e possui nove subdivisões a respeito da saúde.

Além de planos de ações, o grupo LGBT organizado vem ao longo de sua história conquistando espaço no cenário político, visto que atualmente mais de oitenta municípios brasileiros têm alguma lei que proíbe a discriminação por orientação sexual e/ou de gênero, por exemplo. Conquistas como esta se devem à organização e à visibilidade alcançadas pelo grupo, pois, saindo da lógica de ‘não falar sobre o que não existe’, os homossexuais têm se mostrado e, ao provar que existem, fazem com



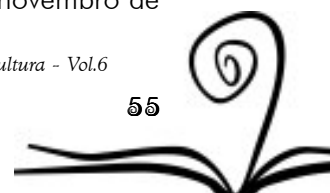
que a sociedade comece a falar, pensar e agir sobre o tema. Se de um lado estão os mais conservadores que ainda lutam para recolocá-los no campo do inexistente, de outro estão pessoas que entendem a necessidade de superar as concepções e práticas que fortalecem o estigma e a discriminação daqueles que não se situam na norma.

Porém, apesar dessas conquistas, o documento do programa Brasil sem Homofobia aponta para o grande número de violência cometida contra LGBT, principalmente contra travestis, transexuais e pessoas que optaram por expor sua orientação afetiva em público. O despreparo por parte de profissionais de ensino, policiais e pessoas civis em lidar com essa temática indica que as práticas discriminatórias são produzidas culturalmente e que o desafio do movimento social organizado volta-se para uma transformação ampla capaz, de fato, de promover a cidadania de todos.

Desta forma, a política deve atender a um conceito amplo de saúde, não enfatizando qualquer temática já esperada e focada na cura, como acontece no Plano Nacional, que cita muitas medidas para cuidar do HIV/Aids, por exemplo. O programa Brasil sem Homofobia tenta conscientizar a sociedade sobre os direitos da população LGBT e, para isso, as ações propostas no programa se voltam, em sua maioria, para mecanismos que produzam pesquisas e capacitação dos profissionais na área da saúde. Incentivar pesquisas propondo mudanças na sociedade é importante para tirar a população LGBT de um lugar excluído do coletivo, visto que não só se falaria sobre, mas se reconheceriam todos como cidadãos de direito. Além disso, capacitar profissionais é uma medida de transformação subjetiva e de humanização dos serviços e ações de saúde.

Em agosto de 2007, aconteceu o Seminário Nacional Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, que foi fundamental para a formulação da PNSI/LGBT. Segundo o Ministério da Saúde, o seminário objetivou fortalecer a cidadania dessa parcela da população e traçar estratégias para a sua inserção no SUS, de acordo com a determinação do programa Brasil sem Homofobia.

Para concretizar as propostas lançadas pelo programa Brasil sem Homofobia em junho de 2008, foi formulada a PNSI/LGBT pelo Ministério da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de

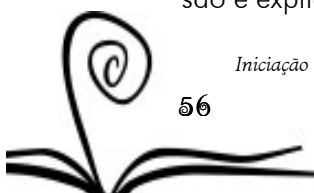


2009. No documento preliminar da PNSI/LGBT (BRASIL, 2008b), o então ministro da Saúde José Gomes Temporão, ao fazer a apresentação da política, diz que há tempo o Ministério da Saúde lida com a questão da saúde do grupo LGBT, mas que antes a preocupação era exclusivamente o combate à epidemia de HIV/Aids. Somente a partir das reivindicações dos representantes organizados desse grupo e do surgimento de projetos, como o Brasil sem Homofobia, é que a complexidade da questão passou a ser abordada. A partir disso, a estratégia assumida foi de transversalidade, o que inclui principalmente uma política específica para o acolhimento de LGBT no SUS.

A elaboração dessa política é uma tentativa a mais do Ministério da Saúde para efetivar os princípios que constituem o SUS – universalidade, integralidade, equidade e participação social. Ainda usando a definição ampliada de saúde, as medidas estabelecidas nessa política nacional não se preocupam com ações imediatas de atendimento de LGBT, mas apontam que é necessário promover, prevenir, assistir e humanizar o cuidado – ações fundamentais para produzir saúde de forma completa a alguém, independentemente de opção sexual e/ou orientação de gênero. A política apresenta

uma concepção de saúde que não se limita à ausência de doenças, mas compreende a satisfação, entre outras, das necessidades de educação, moradia, emprego, alimentação, lazer e transporte. Requer, portanto, políticas sociais intersetoriais, com ações articuladas e integradas, no sentido de atuar sobre os determinantes sociais da saúde. (BRASIL, 2008b, p. 4)

Para atingir a saúde desejada, é importante entender que o atendimento nos serviços de saúde, bem como qualquer outra relação na sociedade, não deve ser discriminatório, mas que nos dias atuais a opção sexual e a identidade de gênero que estão fora do padrão estabelecido socialmente são determinantes do processo saúde-doença, visto que preconceitos expressados direta e/ou indiretamente excluem LGBT de seus direitos. A política em questão entende a vulnerabilidade desse grupo específico e por isso trabalha, como o Brasil sem Homofobia, com a lógica de inclusão e explicitação da cidadania do sujeito LGBT. Além disso, prevê ações





de participação e controle social, bem como de educação permanente dos trabalhadores.

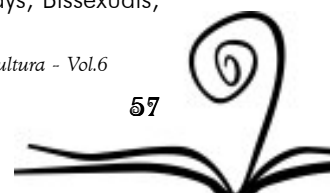
A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social. (BRASIL, 2008b, p. 8)

O texto base da PNSI/LGBT afirma a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais das condições de saúde, uma vez que se reconhece a violência (e o número significativo de homicídios) contra a população LGBT. O texto ressalta:

todas as formas de discriminação, como no caso da homofobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso compreender, por outro lado, que a homofobia não ocorre de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Ela caminha ao lado e se reforça pelo machismo, o racismo, a misoginia e todas as formas correlatas de discriminação. (BRASIL, 2008b, p. 9)

O documento também apresenta as seguintes diretrizes:

Respeito aos direitos humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais combatendo qualquer prática de estigma e discriminação; Consideração das categorias e aspectos de orientação sexual, de gênero, étnico-raciais e de ciclo de vida, em todo o processo de planejamento e organização da atenção e do cuidado no âmbito das instâncias do SUS; Inclusão da temática orientação sexual e identidade de gênero de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nos processos de educação permanente para os trabalhadores da saúde, para conselheiros e lideranças sociais voltados ao controle social; Ampliação e fortalecimento da participação do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nos Conselhos de Saúde, Conferências e instâncias de gestão participativa; Incentivo à produção e sistematização de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais,



Travestis e Transexuais; Articulação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde no âmbito federal e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nos estados e municípios para o desenvolvimento de ações de saúde em consonância com as especificidades de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Implementação e fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e ao combate à discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS. (BRASIL, 2008b, p. 11)

Foram também previstas estratégias de gestão e de monitoramento da política, como: sensibilizar o gestor sobre os efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia; implementar instâncias de promoção da saúde para essa população; incluir nos processos formativos conteúdos relacionados à saúde de LGBT; incluir quesitos étnico-raciais, sobre a orientação sexual e a identidade de gênero nos prontuários clínicos; organizar redes integradas de atenção a essa população; apoiar estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população; qualificar a atenção básica; apoiar protocolos clínicos específicos para atender, de forma equânime, as necessidades de travestis e transexuais; entre outras.

Para tanto, foram definidas as responsabilidades por esfera de gestão, cabendo a cada esfera a implementação e o monitoramento da PNSI/ LGBT no seu âmbito de governo. Destaca-se que ao Ministério da Saúde cabe a definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implementação da política na saúde de LGBT e às secretarias municipais de Saúde cabem a definição e a gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política nos Planos Municipais de Saúde.

## CONCLUSÃO

A partir dos estudos de Engels e Foucault apresentados neste trabalho, pode-se observar que, para estes autores, as formas pelas quais os relacionamentos se dão são construções históricas e não algo predeterminado pela 'natureza humana'. Assim sendo, foi construído um padrão, supostamente certo, de que a relação 'normal' entre homens e mulheres é um

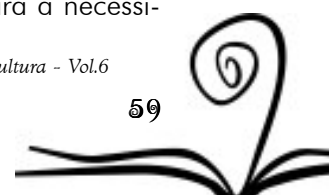


mecanismo para manter o funcionamento e a ordem social, mesmo que, para atingir tal objetivo, seja necessário sacrificar os prazeres dos indivíduos e causar um sentimento de culpa naqueles que não obedecem às ditas leis superiores. A heteronormatividade é uma forma de castração de um grupo de indivíduos com relação aos seus prazeres e o movimento de LGBT representa a luta por direitos de cidadania.

Um dos muitos mecanismos utilizados para manter a heteronormatividade em vigor é a prática de ‘não falar sobre o que não existe’. Por isso, o homossexualismo, durante muito tempo, não foi um tema abordado socialmente – como se não tocar no assunto ‘fizesse com que ele não existisse’. Até que eventos, como a epidemia de HIV/Aids, trouxessem essa temática à tona com força, fazendo com que a população homossexual se organizasse para se proteger. Ao longo da luta por seus direitos, esse grupo começou a ter apoio de outros grupos de pessoas que também não se ‘encaixavam’ nas normas e ordens sociais como feministas, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais.

Se por um tempo o homossexualismo foi visto como doença e algo a ser reprimido, a partir da luta do movimento de LGBT conquistou visibilidade, passando a existir para a sociedade que precisou se mobilizar para começar a lidar com a questão do direito e do respeito à diversidade sexual. Apesar da grande dificuldade em lidar com o diferente, num contexto de democracia, não se pode continuar excluindo a população de LGBT de seus direitos sociais. Nesse cenário, o Brasil se abriu para o debate e a partir de 1995 começou a colocar a sexualidade em discurso em conferências mundiais, problematizando essa questão e apontando a discriminação como um fator de risco e vulnerabilidade para a população de LGBT. No Brasil, no último governo, foram abertos espaços para outros debates internos que incorporaram esse movimento organizado nas discussões sobre a melhoria das condições de vida de todos.

Como resultado, em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos criou o programa Brasil sem Homofobia como tentativa de acabar com a estigmatização e discriminação que o grupo de LGBT sofre e construir sua imagem como cidadãos. A diferença é que, ao invés de propor mudanças imediatas e focadas em doenças, esse programa aponta para a necessi-



dade de uma transformação na forma de a sociedade pensar e lidar com o diferente. Uma das propostas é a produção de conhecimento sobre a situação de saúde da população de LGBT para entender suas necessidades e capacitar os profissionais para atender a essa população específica segundo seus direitos sociais, que devem ser assegurados de forma digna. É uma tentativa de romper com a lógica biomédica com que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, quase sempre, são tratados. O esforço não é voltado para a cura desses indivíduos, pois esses não devem ser vistos como doentes e, portanto, devem ser acolhidos como sujeitos que se relacionam afetivamente de forma diferente com seu próprio sexo e com o outro.

Uma das repercussões do programa Brasil sem Homofobia foi a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT pelo Ministério da Saúde, em 2008. A proposta dessa política é dar continuidade à lógica do programa no âmbito da saúde. A Política Nacional também incentiva fundamentalmente a pesquisa e a capacitação profissional. A equidade é uma questão que vem sendo levantada para problematizar o acesso universal dos usuários do SUS. A questão da equidade toma relevância à medida que é reconhecida como uma forma de superar a exclusão e a violência a grupos específicos e garantir direitos fundamentais a todos. Reconhecida a vulnerabilidade do grupo LGBT, é necessário fortalecer ações de saúde para essa população e expandir o conceito de direito humano – que precisa incorporar a questão de direitos sexuais e reprodutivos.

Além disso, Lionço (2008) lembra que é necessário tomar cuidado para que a atenção à saúde de grupos específicos não se torne uma tentativa de curar a característica que diferencia os indivíduos. Para o autor, não se deve cuidar do homossexual por considerá-lo doente devido ao fato de ele ter uma orientação afetiva diferente do padrão social, mas por reconhecer que é um segmento populacional que precisa de cuidados. Não se trata da construção de políticas para uma suposta patologia não-heterossexual, mas de se incorporar o diferente ao sistema de saúde, permitindo que haja condições de ter saúde e de não ser discriminado na conquista de seus direitos. A violência que o homossexual sofre é um dos principais motivos que o leva a precisar de cuidados médicos, tanto pela agressão física quanto pela psicológica, e o preconceito por parte de profissionais da saúde acar-



reta uma desqualificação da atenção oferecida a quem é alvo dessa discriminação.

O Ministério da Saúde deu o primeiro passo ao elaborar a política e ao promover um novo discurso nesse campo. Mas as transformações vão depender de como as pessoas irão colocar em prática essa política, implicada no direito universal à saúde. Para isso é necessário muito trabalho. A formação profissional é uma ação importante para humanizar o atendimento, mas não é o único investimento a ser feito. A mudança que se espera é cultural e deve perpassar todos os espaços e instituições sociais, como as escolas e os serviços de saúde, onde os sujeitos adquirem base teórica pelos discursos e articulam o que aprenderam às suas práticas cotidianas. De nada vai adiantar uma política que é só papel, pois, se foi pela ação que o movimento de LGBT conquistou sua visibilidade, é também pela ação que as mudanças necessárias ocorrerão.

## REFERÊNCIAS

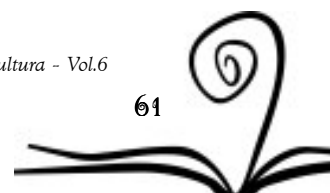
BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Combate à Discriminação, Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Programa Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Texto-Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais: Direitos Humanos e Políticas de Saúde – o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Documento Preliminar. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2009.



DINIS, N. Educação, relações de gênero e diversidade sexual. *Educação e Sociedade*, v. 29, n. 103, p. 477-492, maio/ago. 2008.

ENGELS, F. *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*. São Paulo: Escala, 1980.

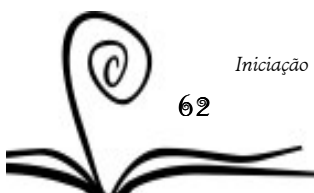
FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. *A Ordem do Discurso*. 5. ed. São Paulo: Loyola. 1996.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

SARTI, C. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Revista Estudos Feministas*, v. 12, n. 2, p. 35-50, maio/ago. 2004.

TONELI, M. Diversidade sexual humana: notas para a discussão no âmbito da psicologia e dos direitos humanos. *Psicologia Clínica*, v. 20, n. 2, p. 61-73, 2008.



# **A INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO: O CASO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO**

**Gabrielle Diogo Melo<sup>1</sup>**

O objetivo deste artigo é discutir a importância da informação para o processo de gestão de leitos, tendo como caso específico o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), a partir da experiência de estágio no Núcleo Interno de Regulação (NIR) deste hospital. Para isso, primeiramente, foi realizada uma revisão dos termos 'regulação' e 'informação' e de como os diversos autores abordam a sua operacionalização na organização dos serviços e das práticas profissionais. Foram também observados no HFB: as experiências de gestão de leitos; o fluxo de internações, entradas e saídas da unidade; os sistemas de coleta de dados e os indicadores utilizados no processo de gestão de leitos. De forma complementar, para identificar o fluxo da informação no hospital, foi utilizado o fluxograma descritor.

Vale ressaltar que utilizamos neste estudo dados primários obtidos a partir das informações fornecidas pelas chefias clínicas, em estudo realizado pelo NIR, sob a orientação da coordenação deste serviço. Estes dados primários resultaram da realização de entrevistas estruturadas com as chefias das clínicas ou profissionais por estes indicados, com base em um roteiro previamente estabelecido de cuja elaboração participamos.

Participaram do estudo todas as clínicas com as quais o NIR já desenvolve uma rotina de trabalho. Desta forma, foi possível ter uma visão global do processo de gestão de leitos no cotidiano do hospital.

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2007-2009). Atualmente, cursa Nutrição na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação e co-orientação, respectivamente, das professoras-pesquisadoras Simone Cristina da Costa Ferreira (mestre em Saúde Pública) e Raquel Barbosa Moratori (mestre em Tecnologia), ambas do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão). Contato: gabimelo91@gmail.com.



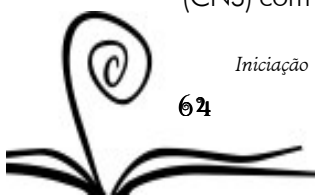
## **A CONSTRUÇÃO DO SUS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Durante a década de 1970, em um cenário de ditadura militar, vigorava o modelo médico assistencial, basicamente curativista, e não era oferecida a todos a possibilidade do acesso ao cuidado, tendo em vista que somente aqueles trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e que contribuíam para a Previdência Social poderiam usufruir dos serviços de saúde disponíveis na época. Neste momento, o atendimento era centrado no setor privado, uma vez que os investimentos no setor público eram escassos. Cabe ressaltar que o setor privado apenas atendia aos interesses de determinados grupos sociais, não atingindo a real necessidade da população.

A mais importante medida sanitária tomada nesta época foi a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Ainda na década de 1970, destaca-se o Movimento Sanitário, por intermédio do qual os profissionais da área da saúde puderam reivindicar a irracionalidade do sistema e criticar as repercussões do modelo econômico na saúde da população. No âmbito político, vale destacar o movimento pelas eleições diretas e o movimento sindical – este último tinha por alvo a relação entre saúde e trabalho. Foi através desta articulação que se começou a pensar e lutar pela organização dos locais de trabalho. Chegado o fim do regime militar, foram criados órgãos de participação civil, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

O movimento da Reforma Sanitária veio trazer a ideia de um sistema de saúde mais democrático e, em 1979, esse ideário mais democrático teve a oportunidade de ser exposto no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, com a finalidade de construir um sistema único de saúde. A partir daí foram implantadas Ações Integradas de Saúde e comissões responsáveis por supervisionar a qualidade no atendimento.

Em 1986, com o regime militar tendo chegado ao fim, o Movimento Sanitário se intensificou, sendo convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de discutir novas propostas para a saúde no Brasil. Nes-





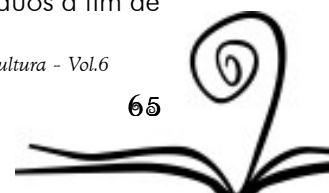
ta conferencia, foi formulado o documento conhecido como Projeto de Reforma Sanitária. “O projeto de Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais” (NASCIMENTO *apud* PAIM, 1992, p. 31).

É na 8ª CNS que é também documentado o conceito de saúde não mais como ausência de doença, mais sim como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 12).

Enfim, em 1988, com a nova Constituição Federal Brasileira que incorporou grande parte das discussões realizadas na 8ª CNS, foi acolhida a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale destacar que houve resistência para a implantação deste sistema, uma vez que o modelo médico assistencial privatista trazia benefícios a determinados grupos sociais.

O SUS surgiu com a proposta de ampliar a prestação do cuidado de forma a abranger toda a população. Tem por princípios a universalidade, devendo atender a todos de acordo com sua necessidade específica e gratuitamente; a integralidade, atuando de forma integral a fim de garantir a assistência com o objetivo de cura, promoção e prevenção de doenças; a equidade, buscando diminuir as desigualdades, tratando a cada um de forma diferente de acordo com a demanda apresentada, mas disponibilizando a todos a mesma oportunidade de utilização dos recursos que a unidade dispõe; descentralização, de modo que as esferas estaduais e municipais sejam capazes de coordenar as ações, dando-lhes autonomia para gerir o sistema de acordo com suas características e necessidades particulares.

Este sistema é deflagrado pela Constituição Federal de 1988 e, a partir daí, a saúde passa a ser entendida não mais como ausência de doença, mas, em seu conceito ampliado, como a resultante de diversos determinantes e condicionantes, tais como alimentação, saneamento básico, moradia, segurança, meio ambiente, educação, trabalho, renda, transporte, acesso aos serviços e bens essenciais e lazer – e o Estado deve ser o responsável por garantir todas essas condições para os indivíduos a fim de



melhorar sua qualidade de vida. Daí surge a determinação de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Entretanto, para que a implantação do sistema se desse de forma plena, era necessária a formulação de leis, decretos, portarias conjuntas e portarias normativas. Vale destacar, entre as iniciativas institucionais que foram criando as condições para a garantia plena do direito à saúde, a Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080/90 e n. 8.142/90), o decreto n. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991 e 1993.

Com a lei n. 8.080/90, fica regulamentado um sistema que integra todos os serviços estatais, sejam eles da esfera municipal, estadual ou federal, e todos os serviços privados. Este sistema também é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As NOB se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse sistema. As NOB publicadas em 1991 e 1993 (NOB/SUS 91 e NOB/SUS 93) iniciaram o processo de descentralização do sistema, mas foi com a NOB/SUS 96, publicada em 2 de setembro de 1996, data de abertura da 10ª CNS, que as regras e condições para a descentralização do SUS ganharam mais força. A NOB/SUS 96 foi responsável pela descentralização das ações de saúde para os estados e municípios de forma gradual, a fim de garantir a eles autonomia no processo de gestão do SUS no seu âmbito. Vale aqui destacar que é a partir do processo de descentralização que surge a necessidade de regulação, que será abordada mais adiante.

O SUS é um sistema ainda em construção. Os princípios essenciais, explicitados anteriormente, foram estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Entretanto, como a demanda da população está em constante mudança, o sistema deverá estar também em constante mudança para adequar-se à nova realidade e garantir a assistência de forma universal, integral, equânime, eficaz e eficiente.

O SUS tem como princípios organizativos a regionalização – devendo o território estadual estar organizado de acordo com critérios, tais como características sociodemográficas, situação de saúde da população, estrutu-

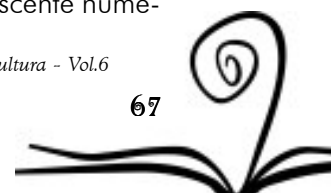


ra de transporte disponível e distância entre a unidade de saúde e a moradia – e a hierarquização – propondo uma rede de serviços de saúde organizada como uma pirâmide, onde na base ampla encontram-se as ações e os serviços de atenção primária, e estes são considerados a porta de entrada do sistema para os níveis de atenção secundária, terciária e quaternária. Para Cecílio (1997), o sistema deve ser, estruturalmente, como um círculo que possibilite a entrada do usuário por qualquer nível de atenção de acordo com a sua necessidade.

Atualmente, uma das principais portas de entrada para o sistema encontra-se nos serviços de urgência e emergência, pois a grande parcela da população que necessita do sistema público de saúde já está acometida de um problema e quer que ele seja sanado. Deste modo, a estrutura hierarquizada do sistema, onde a porta de entrada privilegiada deveria ser a unidade básica de saúde, ainda não é a principal forma de acesso. Na lógica do círculo, a unidade certa seria aquela que oferecesse o atendimento mais adequado a cada pessoa, de acordo com o seu caso, e, neste sentido, toda a rede é uma porta privilegiada, não apenas a rede básica de saúde.

A pessoa deseja que seu caso seja avaliado por um profissional, mesmo que o perfil da sua queixa não esteja alinhado com o perfil da unidade. A população encontra nos serviços de urgência e emergência maior resolutividade, o que pode significar, por vezes, o acesso a medicamentos. Outro motivo pelo qual os serviços de urgência e emergência são procurados está relacionado com a história da saúde pública. Antes do advento do SUS, em 1988, só tinha acesso às ações de assistência que ocorriam nos hospitais (consultas, exames, internações etc.) quem contribuísse para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O restante da população tinha disponível apenas ações de prevenção, que estavam vinculadas ao Ministério da Saúde. Por motivo cultural, ainda hoje, as pessoas procuram os hospitais para conseguir atendimento, remetendo-se ao tempo em que o mesmo se dava ali, nos hospitais.

Vale destacar, também, a baixa resolutividade da atenção básica e a dificuldade da grande massa da população de ter acesso aos serviços de média complexidade. Por essas razões, os serviços de urgência e emergência, principalmente, estão sempre superlotados e com um crescente núme-



ro de atendimentos, o que implica também o agravamento de situações clínicas que poderiam ser tratadas ambulatorialmente.

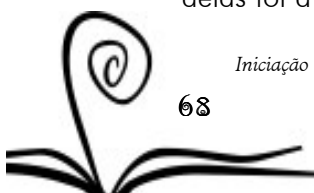
Desta forma, nos serviços de urgência e emergência, segundo Cecílio (1997), tem-se a ideia de que a população está sendo atendida e que o sistema está funcionando de forma plena, quando, na verdade, a assistência prestada é pontual, focada na queixa e não na história clínica do usuário. Por característica do serviço, são realizados procedimentos para tirar o usuário da situação de risco, mas a causa do problema não é enfrentada, ficando o usuário do sistema em um ciclo vicioso de queixa-conduta, sem o vínculo de fato com o SUS, já que este vínculo estaria subordinado a sua inserção regular em um serviço de saúde, que poderia ser uma unidade básica ou mesmo um ambulatório hospitalar, de acordo com a sua necessidade.

Ainda para Cecílio (1997), o sistema organizado em círculo possibilita uma maior organização da prestação do cuidado em múltiplas possibilidades de entrada.

(...) qualificar todas estas portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco e, portanto, com mais possibilidade de adoecimento e morte, para, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso. (CECÍLIO, 1997, p. 475)

## **REGULAÇÃO COMO FORMA DE ORGANIZAR O ACESSO**

“Em conformidade com esse processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas” (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi instituída em 1º de agosto de 2008, de acordo com a portaria GM n. 1.559. O conceito de regulação utilizado no setor saúde pode ser entendido de diversas maneiras. Uma delas foi a disseminada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde



(Noas/SUS) 01/2002, que conceitua regulação do acesso como “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles” (BRASIL, 2007), vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI).

A principal estratégia de regulação do acesso é a formação de complexos reguladores resultantes da articulação de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos, um dos sistemas ligados à rede de atenção à saúde vinculada à organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários no sistema de saúde (MENDES *apud* BRASIL, 2007). Será aqui apresentado apenas um aspecto da regulação do acesso, a partir da proposta de criação de núcleos internos de regulação voltados à regulação da internação.

## **AS REDES DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

As Redes de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro (RCR/RJ) foram criadas a partir de iniciativa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em junho de 1999. A base destas centrais são os princípios da integralidade e equidade do SUS, tendo como foco agilizar o processo de acesso aos recursos que a população demanda nos serviços assistenciais. Estão associadas à ideia de organização dos fluxos de usuários de acordo com critérios pactuados, tendo em vista o perfil do serviço de saúde existente e o demandado, com a perspectiva de oferecer melhor atendimento aos cidadãos. Surgem ainda como estratégias prioritárias para a reorganização do sistema de saúde e estão diretamente vinculadas aos gestores estaduais e municipais de saúde.

As RCR são estruturadas a partir de três requisitos: 1) decisão política da parte dos gestores; 2) pactuação de critérios de regulação transparentes; 3) gestão qualificada da informação, com o uso intensivo de tecnologias da informação ligadas ao gerenciamento da oferta dos serviços de saúde.



Neste sentido, as RCR seriam as responsáveis por ter a informação mais precisa sobre a situação dos leitos hospitalares e da disponibilidade de recursos adequados para atender às demandas dos usuários.

De acordo com a resolução SES/RJ n. 2.102, de 14 de julho de 2003, as RCR têm por objetivo tornar mais rápido o acesso e contribuir para a melhora na qualidade do atendimento, defendendo a saúde dos cidadãos de acordo com os protocolos pactuados de regulação, oferecendo subsídios para a gestão e auxiliando na organização dos serviços de média e alta complexidade, bem como as internações decorrentes de atendimentos de urgência e emergência. É uma experiência que articula o uso de tecnologias da informação no gerenciamento do sistema e na assistência ao usuário e a implantação da regulação.

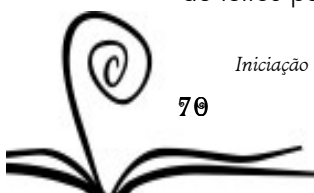
## **NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO**

O Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro (DGH-RJ) foi criado em 2005, estimulado pela crise dos hospitais do Rio de Janeiro. Nesta ocasião, a crise apontava principalmente para o sucateamento dos hospitais descentralizados, posteriormente refederalizados. Outro problema que ficou evidente foi a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. Nesta mesma ocasião, o DGH-RJ, além de outras ações, fez uma proposta de criação para as unidades federais, sob a sua gestão, do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

O NIR é uma instância de coordenação institucional,

com o objetivo de gerenciar os leitos no âmbito hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde e as Centrais de Regulação, atuando de maneira integrada e pactuada, otimizando a utilização dos leitos e, assim, maximizando sua oferta. (HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, 2006)

O NIR é uma instância reguladora que, no Hospital Federal de Bonsucesso, tem por objetivos a implantação de um sistema de gerenciamento de leitos para, a partir daí: 1) poder gerenciar os processos de trabalho;



2) romper com a lógica centrada no interesse de estudo-clínico, no qual a equipe médica define a prioridade de internação a partir de seu interesse e não da necessidade do usuário; 3) otimizar o uso dos recursos destinados à unidade; 4) responsabilizar os profissionais pela prestação do serviço e pela utilização dos recursos (HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, 2006).

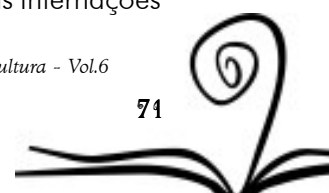
Neste hospital, a implantação do NIR data de julho de 2006, após um processo de articulação em torno do seu projeto, com a colaboração de sua Assessoria de Planejamento, Direção Geral e Direção Médica Assistencial, sendo que esta última foi responsável pela estruturação do setor.

Durante o tempo em que o setor estava sendo implantado, foram propostas algumas mudanças no hospital, no que diz respeito aos processos de movimentação dos usuários – internações, transferências, atendimentos de pronto-socorro, entre outros –, para possibilitar que a informação chegasse mais rapidamente ao NIR. Uma das ações foi padronizar o processo de internação no hospital, não com o intuito de burocratizar os métodos de controle e avaliação dos recursos existentes, mas, sim, de fortalecer e qualificar a gestão hospitalar.

A partir da sua implantação, todas as movimentações de usuários – desde a chegada e admissão na unidade até a alta ou transferência – deveriam ser realizadas pelo NIR. Vale destacar que as internações com origem na emergência são as que mais demandam a atuação do NIR.

O usuário, ao dar entrada na emergência, tem a abertura de um Boletim de Emergência (BE), antigo Boletim de Atendimento Médico (BAM). O atendimento na emergência gera uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), quando é realizado um procedimento ou após 24 horas. Nos casos que demandam internação, uma vaga é requisitada às clínicas. Como não acontece a absorção da totalidade dos usuários nas enfermarias do hospital ou mesmo em outras unidades hospitalares, a emergência tem funcionado como unidade de internação, com uma taxa de ocupação que extrapola em muito sua capacidade instalada, o que evidencia a importância e a necessidade de uma instância de regulação de leitos.

Ainda considerando o projeto do NIR, em proposta não implementada, estabelece para as clínicas uma cota mínima para absorção das internações



com origem na emergência. Neste caso, não havendo leito na clínica desejada, deveria ser criado um leito extra, também dentro de um limite determinado. Vale destacar que frente à contínua demanda da emergência e a superlotação, o leito extra da emergência não é contabilizado para fins de indicadores, mas é considerado um leito fixo, ou seja, ativo no cotidiano do setor.

O NIR também age nas transferências externas, tanto nas solicitações que chegam ao Hospital Federal de Bonsucesso quanto nas que ele envia a outras unidades. No primeiro caso, o hospital recebe um usuário de outra unidade, seja porque esta não possui leito disponível ou porque não tem a especialidade clínica. Já no segundo caso, é o hospital que demanda um leito, da mesma forma, pela ausência de leito disponível ou pela ausência da especialidade clínica.

Este processo é realizado através do Sistema de Regulação (Sisreg)<sup>2</sup>, que “é um sistema de informações *on-line*, disponibilizado pelo Datasus, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação” (BRASIL, 2006). O Sisreg é dividido em dois módulos: uma central de marcação de consulta (CMC) e uma central de internação hospitalar (CIH).

No que diz respeito às internações, que também são responsabilidade do NIR conjuntamente com o setor de admissão e alta, só poderão ser realizadas aquelas cujo laudo médico para emissão de AIH estiver total e corretamente preenchido, contendo CID 10, código do procedimento, carimbo e assinatura do médico solicitante, além dos campos básicos como nome do usuário, sexo, idade, diagnóstico inicial, razões que justificam a internação, entre outros.

Cada procedimento possui um tempo médio de permanência estimado, que orienta o tempo médio de internação esperado para cada usuário. Dada a internação, o NIR deveria acompanhar o tempo médio de internação, considerando os procedimentos realizados. Caso esta não

---

<sup>2</sup> O Sisreg é um *software* do Ministério da Saúde, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), a pedido da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), resultado da parceria entre o Datasus e o Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Este sistema vem sendo implantado nas unidades desde 2002 (BRASIL, 2007).





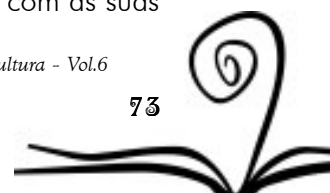
ocorra dentro do tempo previsto, deve-se acompanhar o processo para identificar as causas da ultrapassagem do tempo médio de internação.

No projeto, para internações eletivas, há definição de dias e horários para que possam ser realizadas e só poderão ser feitas se o usuário estiver com todos os exames diagnósticos. Outra mudança importante proposta é que somente o NIR estaria responsável por chamar o usuário para a internação. O usuário somente iria para a enfermaria após passar por todos os processos burocráticos e assistenciais do setor de admissão e alta.

As internações de cunho emergencial deverão ser feitas e comunicadas ao NIR. Logo após serem tomadas as medidas assistenciais de que o usuário necessita, o médico solicitante fica responsável pelo preenchimento do laudo médico para emissão de AIH e por encaminhá-la ao NIR, para que a internação seja homologada no sistema.

Vale destacar que a proposta do NIR pressupõe o acompanhamento da movimentação do usuário até a alta hospitalar, devendo este ser referenciado para atendimento ambulatorial na própria unidade ou em outra, para ser acompanhado em sua enfermidade, a fim de dar continuidade ao cuidado.

Nesta perspectiva, pensamos na prestação do cuidado como uma linha horizontal, a linha de cuidado. O usuário é atendido no local com perfil alinhado às suas necessidades. Entretanto, no decorrer do processo, pode surgir a necessidade de um atendimento mais especializado com disponibilidade de tecnologia mais avançada e de mais recursos. Com isso, ele precisará passar da unidade em que se encontra para uma de maior complexidade, para dar continuidade ao cuidado. Esta movimentação também se dá em sentido contrário. Ou seja, o usuário pode ser referenciado de uma unidade de maior complexidade para uma unidade de menor complexidade, se houver melhora do seu caso clínico e não demandar mais dos serviços especializados e de outras tecnologias duras em seu tratamento. Segundo Merhy (1998), tecnologias duras são aquelas que tradicionalmente designam equipamentos ou algo de materialidade similar, isto é, aparelhos para diagnósticos e tratamentos (raios X, ressonância magnética etc.), sistemas computadorizados de histórias clínicas ou outros arquivos sobre o usuário. O que deve ser garantido ao usuário é o acesso aos serviços de saúde e a toda tecnologia disponível, de acordo com as suas



necessidades, de forma a garantir o cuidado integral a sua saúde, evitando, assim, mais sofrimento ao usuário e mais gastos ao sistema, o que poderia ser evitado por um acompanhamento médico contínuo.

Os dados de movimentação são registrados no censo hospitalar. Na proposta para acompanhar todas as movimentações dos usuários no hospital, o NIR deve realizar, juntamente com as clínicas, o censo diário e deverá, a partir daí, analisar os indicadores gerenciais: tempo médio de permanência, taxa de ocupação, índice de giro, porcentagem de internações com origem na emergência e de internações transferidas do CTI, porcentagem de internações fora do protocolo estabelecido, porcentagem de transferências para outras unidades, tempo médio de espera para transferência interna e externa e tempo médio de espera para cirurgia eletiva (HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, 2006).

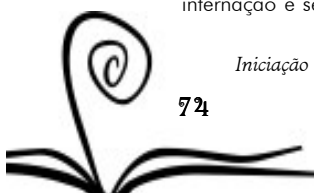
Mas, para que haja regulação de leitos por meio do NIR, é necessário que o dado seja confiável. A informação é de suma importância para o hospital e, neste caso, o censo hospitalar é fundamental, uma vez que irá contar o número de leitos disponíveis para a admissão de novos usuários, bem como para as movimentações no hospital. Através dos dados coletados no censo, é possível calcular o índice de giro, o tempo médio de permanência, e compor o cálculo do custo médio por procedimento, entre outros indicadores importantes no processo de gestão da unidade, garantindo, assim, a melhor utilização dos leitos e dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde ao Hospital Federal de Bonsucesso.

## **O HOSPUB**

O Hospital Federal de Bonsucesso utiliza um sistema público de informação, o Hospub-MS, alimentado com o censo hospitalar<sup>3</sup>. Este “é um Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar que fornece soluções de Tecnologia da Informação para gerenciamento, gestão e controle social do SUS em unidades hospitalares” (BRASIL, 2009a). Este siste-

---

<sup>3</sup> Censo hospitalar é “a contagem e o registro do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital” (BRASIL, 2002).



ma possui oito módulos, sendo eles: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Emergência, Internação, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) (Laboratório), Material, Perinatal e Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (Same). Cada módulo deste se divide em submódulos.

Entre os oitos módulos utilizados pelo NIR, seis são mais frequentes e serão aqui citados e brevemente caracterizados. São eles:

1) Ambulatório – Em linhas gerais, este módulo tem por função dividir os atendimentos nos horários disponíveis de modo a diminuir a fila e conseqüentemente oferecer aos usuários maior conforto e atenção na espera pelo atendimento. Possibilita ter uma visão ampla do usuário, disponibilizando as informações sobre o mesmo, e se este possui consulta agendada ou se foi referenciado para outra clínica.

2) Centro Cirúrgico – Possibilita o controle das cirurgias e a visualização das informações específicas do centro cirúrgico.

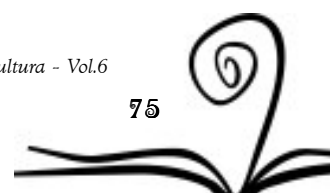
3) Emergência – Tem como objetivo “cadastrar todos os atendimentos ocorridos nos setores de emergência e/ou Serviços de Pronto Atendimento” (BRASIL, 2009b).

4) Internação – Propicia um total controle da utilização dos leitos hospitalares, informando em tempo real a sua situação, ou seja, se estão vagos, ocupados, bloqueados, reservados, em obra etc.

5) Perinatal – Efetua a entrada e a saída das usuárias na emergência obstétrica, permitindo a apuração e avaliação dos atendimentos realizados naquelas encaminhadas para internação.

6) Same – Auxilia na organização administrativa da unidade.

Vale ainda destacar que o Hospital Federal de Bonsucesso, durante dois anos, utilizou três sistemas de informação diferentes: SIGH, Klinikos e o atual Hospub. Alguns setores ainda usam dados oriundos dos outros sistemas para compor indicadores ou comparar com as informações contidas no Hospub, que ainda não está implantado de forma plena no hospital.

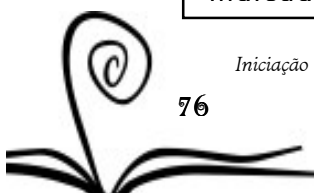


## O USO DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO DE LEITOS NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

Para identificarmos o uso da informação no processo de gestão de leitos, criamos um conjunto de critérios apresentados no Quadro 1. Para o levantamento dos dados, foram aplicados questionários semiabertos estruturados, direcionados ao universo das chefias das clínicas do Hospital Federal de Bonsucesso. Vale destacar que são, ao todo, 28 clínicas. Porém, algumas destas estão sob a mesma coordenação. Assim, à pessoa que coordena duas clínicas foi direcionado apenas um questionário, o que totalizou 22 questionários. Entre as clínicas convidadas, duas se negaram a responder e quatro não o devolveram até o prazo estabelecido. Ao todo, 16 clínicas participaram do estudo.

**Quadro 1**  
**Critérios de verificação dos mecanismos de gestão de leitos e de utilização da informação**

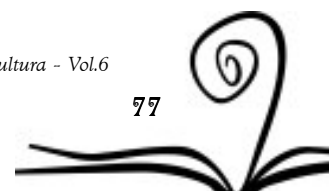
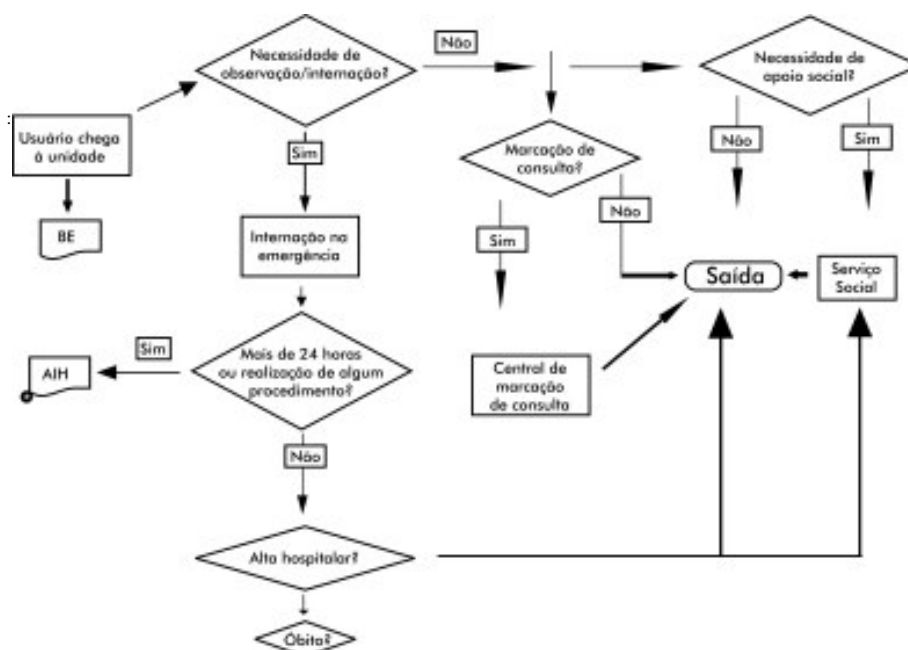
<b>Produção da informação</b>	Identificar o fluxo de informação para movimentação de usuários.
	Identificar o responsável pela atualização do censo hospitalar.
	Identificar a existência de sistema informatizado para coleta dos dados do censo.
	Identificar se as chefias de clínica têm acesso aos dados produzidos pelo censo hospitalar.
<b>Utilização dos indicadores gerenciais e assistenciais</b>	Identificar indicadores produzidos pelo censo hospitalar.
	Identificar indicadores que as clínicas monitoram.
<b>Tomada de decisão – a partir dos indicadores</b>	Identificar o fluxo para internação.
	Identificar a utilização dos indicadores na gestão dos leitos.

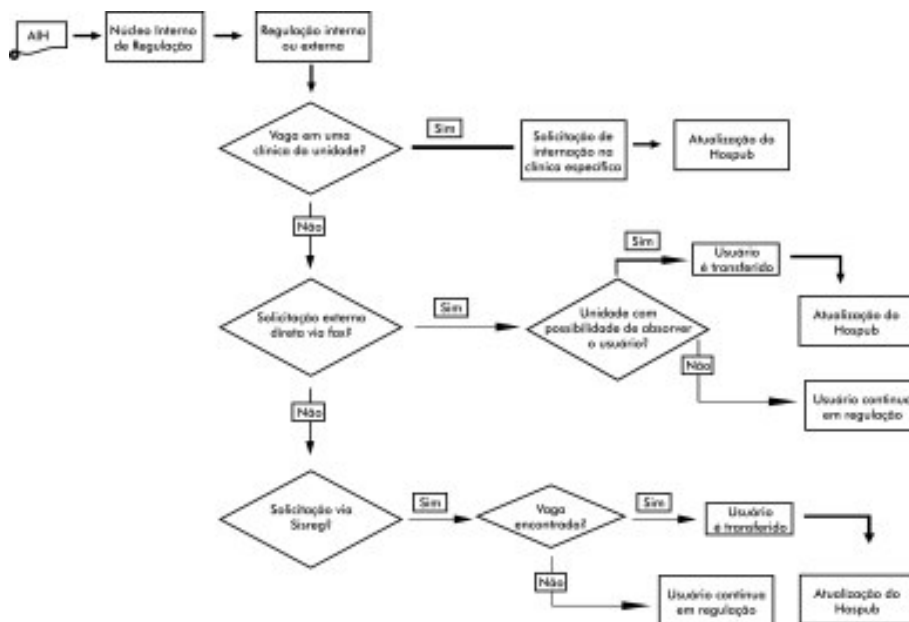


<b>Regulação</b>	Identificar a existência de institucionalidade na ação do NIR.
	Identificar abrangência, entre as clínicas, da atuação do NIR.
	Identificar o conhecimento das clínicas sobre a ação do NIR.
	Identificar a existência de mecanismos, nas clínicas, de regulação, como a existência de leitos por gravidade e cota de internação por origem.
	Existência de pactuação de protocolos de internação e alta entre o NIR e as clínicas.

O fluxo da informação no Hospital Federal de Bonsucesso é apresentado a seguir. A construção do fluxo foi realizada com a equipe do NIR.

**Fluxograma 1. Descritor**





## PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO

O censo hospitalar é o principal mecanismo de coleta, atualização e circulação das informações do hospital, utilizado pelo NIR. De acordo com o estudo, 68,75% das clínicas fazem o censo pela manhã, 6,25% fazem o censo à tarde, 6,25%, não fazem censo e apenas 12,5% fazem o censo pela manhã e o atualizam durante o dia, conforme proposta constante do projeto de implantação do NIR do Hospital Federal de Bonsucesso. O censo hospitalar pressupõe o estabelecimento de um dia hospitalar, ou seja, a definição de um horário de coleta, o que não foi encontrado nas clínicas. O NIR propõe que o dia hospitalar<sup>4</sup> seja fechado às 8 horas e atualizado às 16 horas. O dia hospitalar corresponde ao período entre dois censos hospitalares consecutivos.

<sup>4</sup> “Em um hospital específico, o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital, embora o horário de fechamento do censo possa variar de hospital para hospital. Para garantir maior confiabilidade do censo, os hospitais devem fechar o censo hospitalar diário no horário que for mais adequado para as rotinas do hospital, desde que respeitando rigorosamente o mesmo horário de fechamento todos os dias para aquele hospital” (BRASIL, 2002).



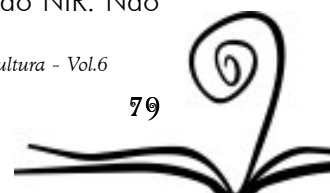
Na maioria das clínicas (aproximadamente 68,75%), o censo é feito pela enfermagem ou pela secretaria, auxiliadas por médicos da clínica e monitoradas pela chefia do serviço e pela chefia da clínica. Uma funcionária do NIR diariamente colhe todas as informações de cada clínica através do Hospub e, em seguida, visita todas as clínicas a fim de conferir aquilo que encontrou no sistema de informação do hospital. Entretanto, apenas 6,25% das clínicas reconhecem a atuação deste profissional.

Em relação ao Hospub, sistema de informação vigente no hospital, 75% dos casos responderam que conhecem o sistema, 6,25% não conhecem e 12,5% conhecem, mas não de forma plena. As chefias que conhecem o sistema indicam que usam o Hospub para fazer as movimentações dos usuários (internação, alta, transferência, marcação de consulta, resultado de exame). Apenas 31,25%, ou seja, cinco clínicas estudadas, responderam que o utilizam para a produção de indicadores. De todos os entrevistados, somente 56,25% possuem senha de acesso ao sistema.

Quando perguntamos como os dados do censo são utilizados, as respostas variaram entre diagnosticar problemas no funcionamento do serviço e produzir indicadores, estatísticas e relatórios mensais. Foi possível perceber que grande parte das chefias das clínicas – 68,75%, ou seja, 11 clínicas – não sabe o que é de fato um indicador. Uma das chefias de clínica, ao ser perguntada sobre quais indicadores a clínica monitorava, respondeu: “Até hoje, não vi nenhum.” Ou, ainda, que monitorava “causa, tempo, idade, prognóstico”. Porém, entre aquelas que conhecem os indicadores (31,25%), os mais citados foram tempo médio de permanência por 80% destas clínicas; índice de giro e taxa de ocupação, por 40%; e número de pacientes/leitos e número de pacientes/dia, por 20%.

Como pode ser observado a partir do estudo, o censo é realizado pela maioria das clínicas (87,5%), contudo, não é repassado para o NIR. Somente a emergência envia diariamente o censo para o setor. No entanto, a emergência não é um setor que disponibilizará leitos para o NIR. Ao contrário, demanda sua atuação de regulação do acesso aos leitos do hospital e fora dele.

Mesmo fazendo o censo, as clínicas não produzem indicadores, segundo o estudo, o que acaba por dificultar a ação reguladora do NIR. Não



dispondo de dados confiáveis para construir indicadores, a tomada de decisão fica prejudicada, por não se saber ao certo qual seria a melhor utilização daquele leito. Com isso, o NIR não consegue atuar, de fato, na regulação dos leitos.

De acordo com a análise dos questionários, 87,5% das clínicas responderam que conhecem o NIR enquanto 12,5% afirmaram que não conhecem o setor. Vale dizer que, segundo a coordenação do NIR, uma das clínicas que mencionou não conhecer o NIR utiliza o serviço com bastante regularidade. E, no outro caso, a regulação através do NIR é fundamental para a clínica, já que é uma unidade com alto índice de demandas de internação para os casos de maior gravidade e cirurgias de grande porte.

Destes 87,5% que sabem da existência do NIR, 81,25% conhecem como o setor funciona enquanto 12,5% não sabem. Entre as respostas, a grande maioria (76,92%) respondeu de forma sucinta ao dizer que o NIR é o setor que regula os leitos, interna e externamente. Sobre a institucionalidade do setor, 43,75% dos que responderam ao questionário sabem da existência da portaria que institucionaliza o NIR dentro do Hospital Federal de Bonsucesso.

Em relação à ação de regulação, apenas 37,5% das clínicas possuem protocolo de internação pactuado com o NIR. Ao se perguntar sobre uma possível pactuação entre o NIR e a clínica para absorver a demanda da emergência, 50% das chefias responderam de forma positiva enquanto 37,5% revelaram que não estão dispostas a pactuar com o NIR. Entre os motivos para uma não pactuação com o NIR, foi respondido por uma das clínicas que “precisaria de RH e leitos”.

Tomando por base as respostas apresentadas, é possível perceber que as clínicas sabem da existência de um setor de regulação, mas o conhecem de forma bastante superficial. Este pode ser o motivo pelo qual existem clínicas que ainda não utilizam o NIR, uma vez que somente 37,56% das clínicas recorrem ao setor para realizar todas as movimentações dos usuários (admissão, transferências, altas) e 18,75% o usam parcialmente, apenas para alguns casos. Das clínicas que não utilizam o NIR, as justificativas apresentadas foram que “o setor não atende às suas solicitações” ou que “não há liberação de vaga em tempo útil”.





Apesar de grande parte do hospital conhecer o NIR, conhecem-no de forma superficial e talvez este possa ser o motivo de o grande número de clínicas (43,75%) não utilizarem o NIR. Outro ponto de extrema importância é a produção do censo. Foi possível perceber, através deste estudo, que 14 clínicas fazem o censo hospitalar diariamente, apesar de haver ainda clínicas que não o fazem. A realização do censo, entretanto, não garante sua utilização. As clínicas, de modo geral, não conhecem os indicadores gerencias, tampouco o utilizam na tomada de decisão.

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Após a análise completa dos questionários, foi possível observar que a informação da qual o NIR se apropria é produzida pelas clínicas. No entanto, apesar de haver um censo hospitalar, ainda que com inconsistências geradas pela coleta de dados, os indicadores não são produzidos nem utilizados pelas clínicas, nem mesmo pelo NIR.

No que diz respeito ao objetivo da regulação – que é o de criar uma rede capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos usuários entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal –, o NIR consegue, se não garante, ao menos ampliar o acesso, uma vez que o usuário, ao chegar na emergência no hospital, receberá o atendimento ou será regulado para outra unidade. O que ainda não é feito pelo NIR é a gerência do tempo de espera.

Porém, quanto à utilização dos mecanismos propostos para a ação de regular, bem como as mudanças na rotina do hospital com o objetivo de padronizar o processo de internação, não se pode dizer que foram cumpridas, uma vez que cada clínica faz o censo em um horário diferente, o que impossibilita o desenvolvimento do censo hospitalar, que necessita do fechamento de um dia hospitalar. Em relação às movimentações dos usuários (internação, alta, transferências), nem todas as clínicas utilizam o NIR para fazê-las, o que pode acarretar a incompatibilidade entre o que o NIR possui como informação da clínica e o que realmente está acontec-



do. E quanto às cirurgias, as clínicas encaminham ao NIR a programação cirúrgica, como proposto no projeto de implantação.

Com a realização deste estudo, pudemos perceber que a informação é, de fato, produzida, sem, no entanto, ser utilizada como ferramenta de apoio à gestão de leitos. O Hospital Federal de Bonsucesso possui uma estrutura para regulação, mas não cabe somente a ele a funcionalidade plena das ações. O que na verdade o NIR tem feito é a busca de vagas para transferência, principalmente no caso de internações com origem na emergência, mas a ação de regulação ainda não avançou no hospital. Falta ao setor a logística de utilizar o leito certo, para o usuário certo, na hora certa. O papel do NIR não é o de caminhar pelo hospital, de clínica em clínica, tentando encontrar um leito disponível. Cabe ao NIR receber as informações das clínicas, sistematizá-las e, a partir daí, regular.

A atuação efetiva de um sistema de regulação de leitos não é uma tarefa apenas do NIR. É, sobretudo, uma ação articulada entre as clínicas de internação da unidade, que impõe ainda o desafio de construção de uma integração pactuada de fluxos e perfis entre todas as unidades do SUS que atendem ao território.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. *Portaria n. 312*, de 2 de maio de 2002. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: Conass, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10. Brasília: Conass, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Hospub – Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar*. Disponível em: <<http://hospub.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2009a.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Hospub – Módulos: subsistemas – emergência*. Disponível em: <[http://dev-hospub.datasus.gov.br/w3c/hp\\_mod\\_emer.php](http://dev-hospub.datasus.gov.br/w3c/hp_mod_emer.php)>. Acesso em: 15 jul. 2009b.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul.-set. 1997.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO. *Proposta de Implantação do Núcleo Interno de Regulação*. Rio de Janeiro, 2006. (Mimeo.)

MERHY, E. *A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. São Paulo: Xamã, 1998.

PAIM, J. M. A. Reforma Sanitária e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.





# **POLÍTICAS PÚBLICAS DE TRANSPLANTES E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLETINDO SOBRE A INTEGRALIDADE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS POLÍTICAS DE GESTÃO EM SAÚDE**

Jessica Di Chiara Salgado<sup>1</sup>

Este trabalho tem a intenção de discutir aspectos de confluências e afastamentos entre as políticas públicas de saúde no Brasil e a política nacional de transplantes de órgãos e tecidos. A partir de um breve histórico de ambas, contextualizando e apresentando o sistema no qual os transplantes estão inseridos, a proposta é fazermos uma discussão entre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a política nacional de transplantes de órgãos e tecidos, destacando a integralidade e a participação popular como eixos de desencadeamento de ideias e análises.

Para sua realização, utilizamos, como metodologia, estratégias como a revisão bibliográfica e documental, analisando a literatura sobre o tema e identificando os princípios e as diretrizes do SUS dentro das políticas de transplante, focando na discussão de integralidade e participação.

Cabe ressaltar a ausência de bibliografia específica para a discussão de aspectos envolvendo a política nacional de transplantes no Brasil, questão com que nos deparamos ao longo de todo o período de revisão bibliográfica, bem como abordagens da gestão dos processos envolvidos neste procedimento, restringindo significativamente os rumos do primeiro trabalho e desdobramentos deste. Encontramos muitas publicações sobre as questões

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2007-2009). Atualmente, cursa Ciências Sociais na Universidade Federal Fluminense (UFF). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Gustavo Corrêa Matta (doutor em Saúde Coletiva), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: jessica.dichiara@gmail.com.

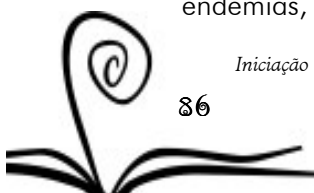


clínicas e relatos médicos sobre a terapêutica. Para além destes relatos, tensionar as relações políticas, econômicas e sociais que compõem a esfera do transplante em um país que se utiliza, muitas vezes, deste procedimento como vitrine de desenvolvimento e qualidade em saúde significa construir e melhorar, coletivamente, este serviço que, por ser tão especializado, muitas vezes segrega e concentra suas ações de forma a naturalizar suas repercussões políticas e sociais.

## **ORIGEM, OPERACIONALIZAÇÃO E PRINCÍPIOS DO SUS**

O SUS conforma a atual organização da saúde pública no Brasil. Contudo, resgatar o processo histórico por detrás desses vinte anos significa não esquecer quais projetos estavam (e ainda permanecem) em disputa no país e que tipo de saúde acreditamos ser a mais coerente e digna. Suas bases se deram por ideais reformistas do Movimento Sanitário no contexto da redemocratização vivida no Brasil a partir de 1985, com o fim de duas décadas de ditadura militar, conquistado pelos cidadãos através de movimentos sociais e políticos.

O Movimento da Reforma Sanitária tinha por ideal a universalização e garantia de acesso de qualidade ao conjunto articulado de ações e serviços de saúde a qualquer cidadão, sem restrições por segmentação setorial, tipo de contribuição, cor ou classe social. Pensado por intelectuais que questionavam sua conjuntura político-social e lutavam por uma sociedade de direitos, o movimento ganhou destaque pelo pluralismo de suas vozes, incorporando movimentos sociais e amplo leque de partidos na luta, fossem eles de esquerda, centro ou direita humanista. Era preciso pôr fim à dicotomia existente até então, em que a medicina curativa não era prestada plenamente pelo Estado, ficando por conta de Santas Casas (filantropia) e de contribuições à Previdência Social – Institutos Nacionais de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) –, sendo assim, de responsabilidade dos próprios cidadãos que tinham contratos formais com as empresas onde trabalhavam ou por instituições religiosas, sendo renegada à maior parte da população o direito de acesso à saúde pública. Cabia ao Estado apenas organizar políticas públicas de controle de endemias, taxas de mortalidade e saneamento básico (RADIS, 2008).

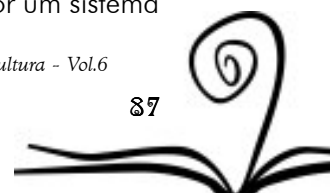


Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as questões levantadas pelo Movimento da Reforma Sanitária ganharam forma em seu relatório final, com a proposta de um novo sistema de saúde, público e integral. Conferência esta pioneira, pois pela primeira vez contava-se com a participação de setores populares, gestores e profissionais da saúde. Seu relatório serviu como base para o que corresponde à saúde no sistema de seguridade social, do qual fazem parte também assistência e Previdência, na Constituição de 1988, e, com isso, para a instituição do SUS em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080), de 19 de setembro de 1990.

Realização concreta de um processo de luta da sociedade civil, com sua instituição, o SUS assumiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Com a universalização e a garantia de acesso integral a um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, pretende-se dizer que esse sistema tem por objetivo promover, proteger e assistir qualquer tipo de cidadão em território nacional, incluindo os diferentes níveis de complexidade da atenção (da vacina ao transplante), estando permeável à demanda da sociedade.

Ressaltamos que este movimento interno de luta pelo direito à saúde não se originou propriamente aqui. Tendências mundiais de se pensar o cuidado e os modelos de atenção à saúde perpassam o projeto político e ideológico do SUS também. Neste sentido, não podemos esquecer que a conferência de Alma-Ata (1978) elucidava um movimento de reestruturação do cuidado em saúde em nível internacional. O SUS nasceu incorporando, dialeticamente, concepções e críticas às propostas de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde.

O SUS tem seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da 'universalidade', 'integralidade', 'equidade' e 'participação da comunidade' são conhecidos também como princípios ideológicos ou doutrinários, pois o arcabouço teórico de sustentação do que se espera por um sistema



público de saúde está aí expresso. As diretrizes da 'descentralização', 'regionalização' e 'hierarquização' são referidas também como princípios organizacionais, porque dão o norte da prática tanto da gestão quanto do cuidado em saúde; é o meio pelo qual os princípios doutrinários se realizam.

Detalhando os princípios e as diretrizes do SUS de forma mais sistemática:

### **Princípios:**

1) Universalidade da atenção – direito de acesso a todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, em todos os níveis de complexidade (princípio fundamental da reforma).

2) Integralidade da atenção – garantia de acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou à coletividade as condições de atendimento, de acordo com suas necessidades (unidade do sistema).

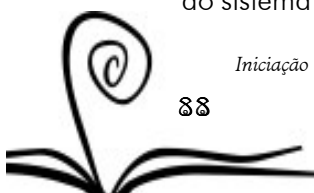
3) Equidade da atenção – garantir ao indivíduo ou à coletividade as condições de atendimento de acordo com suas necessidades, levando-se em conta as disparidades sociais, econômicas e regionais de um país como o Brasil.

4) Participação da comunidade – garantia constitucional de que a população, por meio das entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução (capacidade de articular movimento social no contexto da saúde). (MATTA, 2007).

### **Diretrizes:**

1) Descentralização – com direção única do sistema, com o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde (enfrentamento das desigualdades regionais), com redistribuição das responsabilidades entre instâncias governamentais – União, estados e municípios –, o que possibilita à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas.

2) Regionalização e hierarquização – diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis





populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, a fim de nortear as ações e os serviços de saúde de uma região.

Promulgada a Constituição Federal de 1988 e tendo-se institucionalizado um novo sistema de saúde, que se pretende único, mais amplo e democrático, com princípios e diretrizes que apontam claramente para um campo de disputas de entendimentos sobre modelos e tipos de saúde, com as leis 8.080 e 8.142, o desafio posto até hoje é a efetivação desse projeto societário. Por isso, nesses vinte anos que se seguiram, normativas, emendas constitucionais e pactos foram feitos à legislação principal, como forma de continuidade e reformulação constante das políticas de saúde para sua operacionalização. Não entraremos, aqui, na discussão dessas políticas. Basta, para este trabalho, nos atermos a esse movimento de implementação e superação das mesmas, que acreditamos se mostrar, efetivamente, na produção da saúde como prática de pleno cuidado.

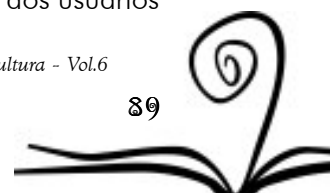
A seguir, discorreremos sobre uma política especificamente: a política nacional de transplantes de órgãos e tecidos. Fato que merece destaque é que, já na Constituição de 1988, artigo 199, parágrafo 4º, está assim escrito:

A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988)

Esta evidência nos leva a refletir – embora esta questão não seja objeto de investigação neste trabalho – sobre quais fatores conduziram a Constituição a colocar uma política específica, como a de transplantes, na forma de lei constitucional.

## **O SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES**

A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação (lei n. 9.434/97 e lei n. 10.211/01), que torna obrigatória a gratuidade da doação, estabelece garantias e direitos aos usuários



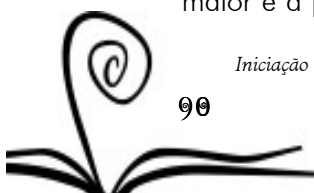
que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações de funcionamento de equipes e instituições.

Influenciada por políticas de saúde estabelecidas em território brasileiro com a Constituição de 1988, a lei n. 9.434 determinou que a doação de órgãos e partes do corpo, em vida ou *post mortem*, deve ser, obrigatoriamente, gratuita e que todos os cidadãos, necessitando, têm direito a inscrever-se na lista de espera para transplante, bastando a realização periódica de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Para a realização de transplante de doador-cadáver, a retirada do tecido deve ser precedida de diagnóstico de morte encefálica (ME), conforme critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e também presentes na lei n. 9.434/97, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante. Um deles precisa ser neurologista e irá fazer uso de critérios clínicos e gráficos, como o eletroencefalograma e o *eco-doppler* transcraniano. Estes devem demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de atividade encefálica ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou, ainda, ausência de perfusão sanguínea cerebral, o que significa dizer que aquele órgão não está mais com sangue circulando em seu interior.

Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de ME, segundo o CFM, são: “coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia” (nível 3 na escala de Glasgow, associado à ausência de atividade reflexa no nível de tronco encefálico). (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). Tudo isso para tornar incontestável a afirmação de que aquele ser humano está sem qualquer tipo de atividade encefálica, de fato morto clinicamente, para então tornar viável a doação em morte.

Considerando o ônus psicológico familiar causado pelo prolongamento da manutenção artificial do doador-cadáver – legalmente, deve-se interromper o uso de recursos para manter artificialmente humanos em ME – e o fato de que quanto maior for o tempo de espera para a retirada do enxerto, maior é a probabilidade de o mesmo ser afetado, há necessidade de que



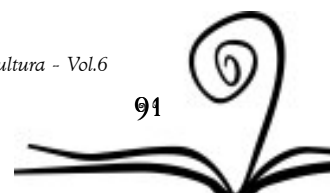
todo o processo envolvendo transplante de doador-cadáver seja ágil. Depois de verificada a ME no potencial doador, características pessoais são recolhidas, como peso, idade, condição hemodinâmica, características de manutenção (utilização de drogas, quadro clínico) etc., com a finalidade de verificar a viabilidade dos órgãos para doação.

Há grande limitação ao transplante com doador-cadáver, pois apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem pode converter-se em doadores de órgãos devido à necessidade de comprovação clínica de ME e às condições de manutenção adequada do corpo. Segundo dados de países desenvolvidos (COUNCIL OF EUROPE *apud* GARCIA, 2000), estima-se que somente de 1% a 4% das pessoas que morrem em hospital e de 10% a 15% daquelas que morrem em unidades de cuidados intensivos apresentam o quadro de ME, sendo, portanto, potenciais doadores (GARCIA, 2000).

O SUS é comprometido com o financiamento das atividades de transplante<sup>2</sup> antes, durante e após a cirurgia, garantindo o acompanhamento médico e distribuindo medicamentos imunossupressores para todos os usuários e por todo o período pós-transplante, que são de grande importância para uma maior vida útil e de qualidade do enxerto. No entanto, apesar de a portaria n. 3.407, de 5 de agosto de 1998, obrigar a existência de equipe no hospital transplantador de assistência social e saúde mental (BRASIL, 1998), a política de transplantes não prevê a obrigatoriedade do acompanhamento psicossocial do receptor pós-transplante, o qual é de fundamental importância no período de adaptação às novas condições impostas pela cirurgia. Hábitos alimentares, sociais e de trabalho necessitam de ajustes para que a terapêutica propicie uma vida diferente e de melhor qualidade. Infelizmente, o foco do cuidado em saúde no Brasil e no mundo, *grosso modo*, ainda é a cura pela medicação dura, impessoal, biológica e quimicamente comprovada como eficaz (MATTA, 2004).

---

<sup>2</sup> Entendemos por 'atividades de transplante' uma série de processos que se iniciam com a notificação de um possível doador pelo estabelecimento de saúde, público ou privado, a constatação da ME, chamada dos usuários em lista de espera para futuro transplante, testes de compatibilidade etc., até a extração do enxerto e sua distribuição. A partir daí, o SUS pode executar o transplante – ou qualquer equipe credenciada pelo sistema nacional de transplante –, ficando a critério do usuário o destino final do seu enxerto.

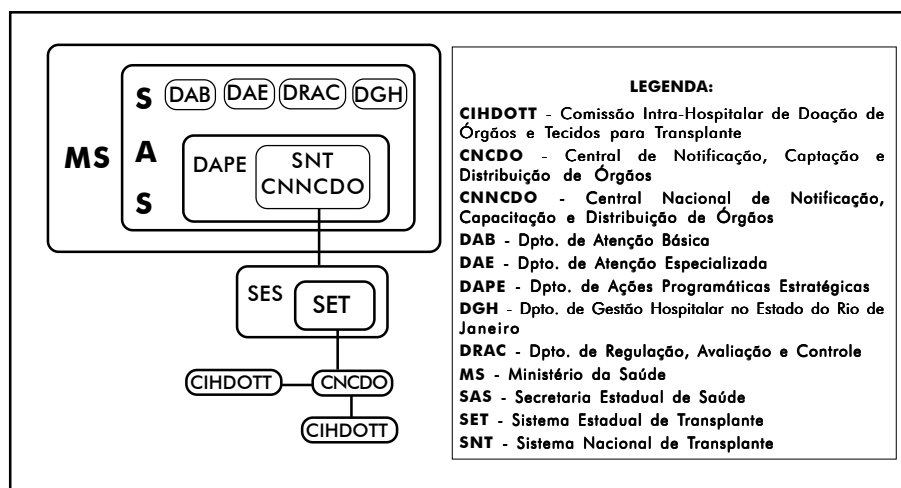


Transplantes ou enxertos do corpo humano só podem ser realizados por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizadas. Todas as ações nessa área são coordenadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que “tem como prioridade evidenciar todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando à confiabilidade do Sistema e à assistência de qualidade ao cidadão brasileiro” (BRASIL, 2009).

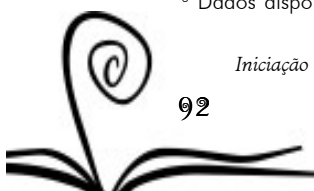
O Brasil hoje possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplante, o SNT está presente, através das Centrais Estaduais de Transplantes (CNCDOs), em 25 estados da federação<sup>3</sup>.

A fim de melhor elucidar o sistema de transplantes brasileiro, a Figura 1 ilustra sua organização político-institucional:

**Figura 1** – Organização do Sistema de Transplantes no Brasil



<sup>3</sup> Dados disponíveis em: <http://saude.gov.br/transplantes>.



O Ministério da Saúde é o órgão federal que orienta e regula todas as ações de saúde no Brasil. No ministério, há várias secretarias; uma delas é a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A SAS é formada por cinco departamentos. Através deles, uma das principais ações da secretaria é participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do SUS (BRASIL, 2010).

O SNT é um de seus ramos (está incluído em políticas de atenção especializada), cuja função é gerenciar a lista de espera em nível nacional e evidenciar as ações no campo da política de doação-transplante. Atendendo ao princípio da hierarquização e descentralização, subdivide-se em: Sistema Estadual de Transplante (SET), Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e, por fim, Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs).

O SET coordena, supervisiona e avalia o componente estadual do SNT e gerencia o processo de doação-transplante de órgãos e tecidos, bem como a lista de receptores através das CNCDOs. Assim como o SNT é um braço da SAS, que pertence ao Ministério da Saúde, o SET é um braço da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Atendendo ao princípio da descentralização, tem autonomia na gestão da esfera estadual do transplante.

As CNCDOs são vinculadas hierarquicamente ao SET. Cabe às mesmas promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias, receber notificação de ME e retirar as partes para transplante ocorridas em sua área de atuação. Estas listas regionais pertencem a uma lista nacional, que é controlada pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) via SNT.

Cabe às CIHDOTTs articular-se com a CNCDO de sua área, notificando as situações de possíveis doadores, promovendo a devida manutenção do corpo e disponibilizando os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital. Atribui-se também às comissões a garantia de uma adequada abordagem à família para solicitação da doação bem como a promoção de educação continuada de todos os profissionais da organização para a compreensão do processo de doação.



Pela lei, todo hospital que apresenta Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) necessita de uma CIHDOTT. Sendo composta por no mínimo três profissionais de nível superior, como psicólogos, assistentes sociais, médicos e/ou enfermeiros, deve ter espaço próprio, arquivos e registros, reuniões e metas a cumprir. Porém, não há deslocamento de suas funções previsto em lei para os profissionais que compõem as equipes. E esta questão pode ser um ponto crucial para a eficiência ou não da mesma, pois muitos profissionais na área do cuidado em saúde trabalham com múltiplas jornadas, em lugares distintos, seja por razões pessoais, profissionais ou de outra ordem, prejudicando, assim, a eficiência dessas comissões. Um dos componentes da comissão é o coordenador intra-hospitalar de transplantes, que deve obrigatoriamente ser um médico ou um enfermeiro. A portaria n. 12.612, de 16 de junho de 2006, trata dos objetivos e missões deste coordenador, já citadas anteriormente.

A partir da efetiva organização das CIHDOTTs, as centrais estaduais podem desempenhar a função que lhes cabe de captação e distribuição de órgãos e/ou tecidos, antes sobrecarregada com a necessidade de realizar grande parte do processo de manutenção, solicitação, captação e distribuição dos órgãos para transplante.

## **ORGANIZAÇÃO DAS FILAS PARA TRANSPLANTES: UM DEBATE NECESSÁRIO**

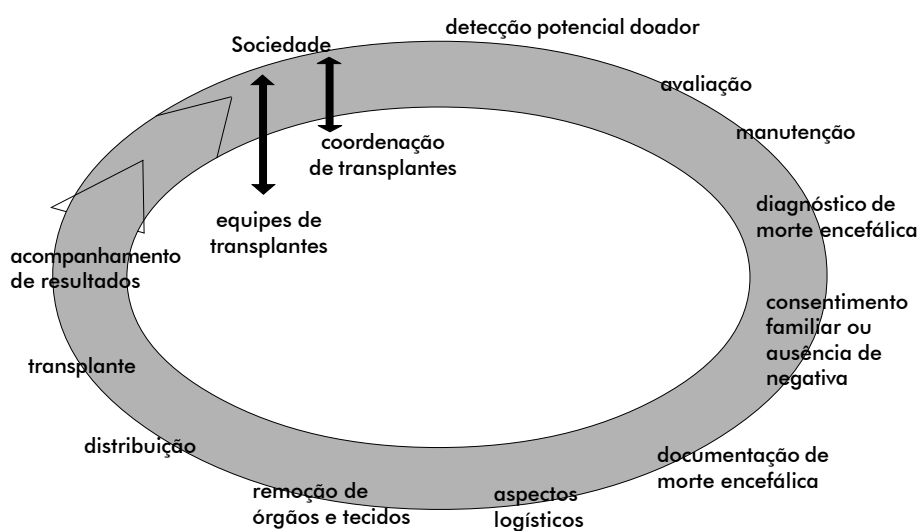
Sendo o SUS um sistema que visa à capacidade de garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população sem nenhum tipo de distinção ou privilégios por parte dos usuários, “as filas são um resultado dos descompassos entre a demanda e a oferta, quando o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo dos bens e produtos em saúde” (MARINHO, 2006).

Essa demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem-estar, as probabilidades de cura, a natureza e extensão das sequelas nos usuários, nos familiares envolvidos e na sociedade. Tal demora apresenta-se significativamente nas filas de espera para transplante no Brasil, onde o



tempo para transplante varia de 11,1 anos para rim<sup>4</sup> a 1,6 anos para coração (MARINHO, 2006). Valter Duro Garcia, em *Por uma Política de Transplantes no Brasil*, afirma que “o processo doação-transplante tem início e término com a sociedade, a qual fornece os órgãos e deles se beneficia” (GARCIA, 2000, p. 22). Dessa forma, é necessário que todo o processo seja desempenhado da melhor forma possível pelo sistema de saúde, pois os reflexos sobre um bom ou mau desempenho na gestão dos processos atingem diretamente os cidadãos. Veja, na Figura 2, o esquema deste processo, retirado do Capítulo I do livro em destaque:

**Figura 2** – Processo de doação-transplante



Fonte: Garcia, 2000.

<sup>4</sup> Atualmente, devido aos critérios utilizados, considera-se mais adequado utilizar-se o termo ‘lista de espera para transplantes’ e não ‘fila’, pois, para melhor aproveitamento do enxerto, os usuários são chamados conforme maior compatibilidade imunogenética (HLA). Nesse sentido, há uma lista para transplante renal. Mas, mesmo que não possamos gerar um cálculo estimado sobre o tempo de espera, visto que este não é o critério principal para o transplante, o número de transplantes realizados é demasiadamente insatisfatório para a demanda, conforme dados fornecidos pelo Registro Brasileiro de Transplantes.



No Brasil, os candidatos a transplante de órgãos devem inscrever-se na Lista Única, que existe para cada órgão. A inscrição na lista para transplante é realizada pelo hospital transplantador na CNCDO de sua região. No caso dos usuários em diálise, a inscrição pode ser feita através da equipe médica de seu Centro de Diálise.

A lista única para transplantes obedece a critérios cronológicos, morfológicos, imunológicos e de gravidade. Os candidatos são escolhidos através de programa informatizado que indica os receptores mais adequados, segundo critérios previamente definidos, e esta condição é automática. Todos estes critérios são contemplados no sistema, presente em todas as centrais estaduais, o qual gera um *ranking* dos receptores automaticamente. As várias listas regionais compõem a lista estadual; estas, por sua vez, geram uma lista nacional que é supervisionada pela CNNCDO, via SNT (BRASIL, 2006).

De acordo com a portaria n. 3.407, de 5 de agosto de 1998, o sistema de lista única é constituído por um conjunto de critérios de distribuição para cada tipo de órgão ou tecido, selecionando, assim, o receptor mais adequado. A seleção de candidatos para a distribuição dos enxertos deve ser feita de acordo com critérios mínimos estabelecidos em lei, como os critérios excludentes e de classificação, seguindo-se as especificidades de cada órgão ou tecido. Os critérios excludentes são: amostra do soro do receptor fora do prazo de validade e incompatibilidade sanguínea entre o doador e receptor, em relação ao sistema ABO<sup>5</sup>. Já os de classificação dizem respeito à compatibilidade HLA<sup>6</sup>: idade do receptor, tempo de inscrição na lista única e, por fim, indicação de transplante combinado de rim e pâncreas.

---

<sup>5</sup> O sistema ABO é composto por quatro tipos sanguíneos: A, B, AB e O. Estes são caracterizados pela presença ou não de certas substâncias na membrana das hemácias – os aglutinogênios – e pela presença ou ausência de outras substâncias – as aglutininas – no plasma sanguíneo (BIRNER & UZUNIAN, 2004). As incompatibilidades sanguíneas do sistema ABO acontecem quando um indivíduo possuidor de determinada aglutinina recebe sangue com o aglutinogênio correspondente, o que pode vir a comprometer totalmente o transplante de órgãos, causando rejeição do enxerto.

<sup>6</sup> “Quando duas pessoas compartilham os mesmos Antígenos Leucocitários Humanos (abreviação em inglês = HLA) diz-se que elas são compatíveis, isto é, seus tecidos são imunologicamente compatíveis. HLA são proteínas que se localizam na superfície de todas as células do organismo” (BRASIL, 2011).



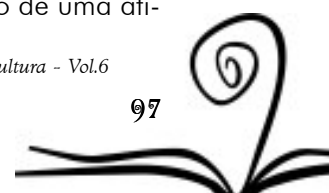


Em casos de urgência, que se configuram pelo risco de morte do receptor caso o transplante não seja realizado rapidamente, tais candidatos têm prioridade na lista regional em detrimento dos demais. Se em determinada região não houver oferta de órgãos e, dependendo do grau de urgência, as listas estaduais e a nacional, em última instância, são acionadas também. Os critérios para casos de urgência são definidos pelo Ministério da Saúde, segundo cada órgão (BRASIL, 2006).

De acordo com Garcia (2006), estima-se que anualmente, em todo o mundo, em torno de quinhentos mil indivíduos desenvolvam insuficiência renal crônica; trezentos mil, insuficiência cardíaca; e duzentos mil, insuficiência hepática. Isso provoca uma demanda, apenas destes órgãos, de um milhão de transplantes por ano se todas as pessoas tivessem acesso a um tratamento.

A característica principal do transplante, que o distingue de demais cirurgias e intervenções terapêuticas, e que pode ser vista como uma desvantagem, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador, vivo ou falecido. E, na grande maioria dos transplantes, com exceção de alguns transplantes renais, hepáticos e de casos excepcionais de transplante pulmonar e pancreático, os órgãos são obtidos de doadores-cadáveres. É neste ponto que incide a problemática das filas para transplante, pois é necessário que haja recursos disponíveis (incluindo aí recursos físicos como pessoais) para atender à demanda. Contudo, a demanda é muito superior à oferta de recursos disponíveis, resultando no desenvolvimento das filas de espera para transplante. Um dos motivos citados por Ribeiro e Schramm (2006) seria a questão da escassez de recursos, que se apresenta de forma persistente na saúde pública brasileira, mas que se mostra enfaticamente nos transplantes.

Ribeiro e Schramm, em *Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização*, afirmam que o problema da escassez de recursos nos transplantes – referentes à obtenção de órgãos e à estrutura necessária para a realização dos mesmos – não é uma questão que assola apenas sociedades ditas em desenvolvimento, como o Brasil, mas também as ditas desenvolvidas – embora esta escassez seja mais aguda nos primeiros, onde reconhecidamente os recursos para implementação de uma ati-

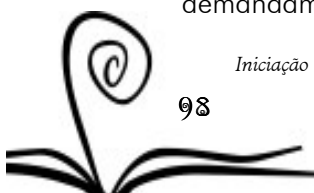


vidade adequada de transplantes são menores (RIBEIRO & SCHRAMM, 2006).

Marinho (2006), em *Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro*, corrobora a tese de que: "(...) o maior gargalo para redução dos tempos de espera reside nos problemas para captação e para o aproveitamento dos órgãos" (CULLIS *et al.* *apud* MARINHO, 2006, p. 2.230), mas não dá maiores informações acerca do tema. É esta omissão talvez tenha um motivo claro: a falta de informações coesas e análises sistemáticas das ações e políticas de transplantes no Brasil. Apenas conseguimos esboçar constatações a partir de dados dispersos em sítios como os do Ministério da Saúde e, principalmente, de forma muito mais organizada e atualizada, no da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), cuja coordenação e organização não é pública, e sim setorializada por médicos e profissionais envolvidos nos transplantes, sejam eles relacionados ao setor público e/ou ao privado. Outro fato interessante sobre a ABTO é que há, em seu sítio, propagandas de indústrias farmacêuticas envolvidas nos transplantes, que são identificadas institucionalmente como patrocinadoras desse meio de divulgação, informação e comunicação na área de transplantes.

Outro ponto de muita relevância é que a política de transplantes não considera totalmente a legislação do SUS quando desempenha seus serviços. Considera, mesmo que de forma atravessada, a universalização e a descentralização em sua legislação, mas, no que tange à integralidade e ao acesso, não abrange tais processos. Como esta é uma política muito especializada e clínica, há um isolamento da questão, na qual as decisões são estabelecidas verticalmente e sem a participação da comunidade envolvida nesse problema, tais como os usuários em filas de espera.

As filas para transplantes no SUS também são demandadas, muito especialmente, pelo descumprimento do princípio da integralidade, um dos três princípios norteadores do SUS, que significa não só compromisso de oferecer atendimento em saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema, mas, principalmente, compreender a saúde humana de forma integral, em suas mais diferentes facetas. Como diversas patologias que demandam transplantes são consequências de intercorrências em saúde



evitáveis e, portanto, passíveis de serem resolvidas em outros níveis de atendimento em saúde, o investimento em promoção à saúde e prevenção da doença é um dos fatores que mais se relacionam com a questão da diminuição das filas para transplantes no SUS (MARINHO, 2006).

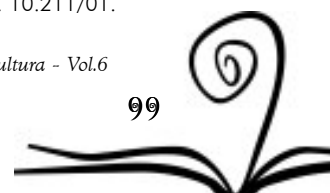
## **CONSIDERAÇÕES FINAIS – POLÍTICAS DE TRANSPLANTES E O SUS: UNIVERSAL, INTEGRAL E DEMOCRÁTICO?**

Apresentados o sistema e a política com as quais estamos dialogando – SUS e SNT –, partimos agora para o aprofundamento de algumas questões já expostas ao longo do texto. Nesta parte, nos inclinaremos a discutir ausências e insuficiências a partir das políticas que conformam o campo da saúde pública no que concerne aos transplantes de órgãos e tecidos, sendo esta aquele tipo de análise que alimenta a perspectiva de uma transformação radical da saúde na contemporaneidade, do sistema de serviços e de suas ações, bem como de suas práticas. É nesse “lugar híbrido de situação/oposição”, como Mattos (2001, p. 43) explicita, que, como defensores do SUS, seguimos criticando as imperfeições do sistema a fim de superá-las.

O primeiro ponto a ser discutido – sendo resultado de revisão para a produção deste trabalho – é o fato de a legislação sobre transplantes de órgãos e tecidos<sup>7</sup> não citar em seu texto legal sequer uma única vez qualquer princípio ou diretriz do SUS além da universalidade e da descentralização das suas ações – e o faz de forma indireta, vale ressaltar. O termo ‘Sistema Único de Saúde’ aparece cinco vezes em toda a lei, sendo que, em todos os casos, este termo refere-se à regulação do órgão local/municipal/estadual/nacional sobre o controle e financiamento das atividades de transplantes, quais sejam: regulação das equipes médicas e estabelecimentos de saúde para a realização de transplantes e a auditoria destes procedimentos, a partir do controle das informações enviadas pelos

---

<sup>7</sup> Quando falamos em ‘legislação sobre transplantes de órgãos e tecidos’, nos referimos a toda e qualquer lei, ementa, portaria, de âmbito do Ministério da Saúde, que regulamente e operacionalize as ações e os serviços dessa terapêutica. Majoritariamente, as leis n. 9.434/97 e n. 10.211/01.



estabelecimentos de saúde aos órgãos gestores específicos – princípio da descentralização como forma de garantia da continuidade do financiamento da terapêutica –, além da divulgação de informações sobre transplantes.

A partir da observação dessas ausências, analisamos a política nacional de transplantes sugerindo que esta não se afirma como parte integrante de um sistema de saúde que pretende a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade. Neste sentido, não pressupor as leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, que constituem o arcabouço político, organizativo e institucional da saúde pública do país, parece-nos um fato contundente para tal observação.

Não considerar estas leis desdobra-se em uma série de espaços que silenciam as dimensões políticas e sociais em prol de uma ordem fundada na biomedicina e nas instituições médico-empresariais, repercutindo no distanciamento da participação da comunidade nesse nível da atenção à saúde. O argumento do afastamento da participação conforme a hierarquia de complexidade da atenção diz respeito à manutenção de interesses internos e segmentados, corroborado pelo mito do cientificismo como pressuposto para o debate, para a participação. Cria-se, assim, um abismo intransponível entre o usuário – senso comum – e os médicos e profissionais de transplantes – as vozes da ciência. Acreditamos, entretanto, na consolidação do sistema de saúde democrático e que se configure a partir das demandas e participação sociais.

O princípio da participação popular na saúde expressa, sobretudo, uma disputa de modelos de gestão pública, colocando o cidadão como agente político ativo no que tange a seus direitos sociais. Institucionalizar espaços via conselhos e conferências pode se traduzir como o *modus operandi* desta ação da sociedade civil, considerando-se que “há participação quando o envolvido toma parte no processo de decisão política” (LEE & MILLS, 1985; PAUL, 1987 *apud* CORTES, 2002, p. 19). A democratização política, o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo e as recomendações das agências internacionais motivaram a implementação de políticas e a constituição e o regramento legal que veio a universalizar o acesso, a integrar e a descentralizar o sistema público de saúde brasileiro. Utilizando-se dos argumentos de Cortes, podemos dizer que:

*Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: articulando trabalho, ciência e cultura - Vol.6*

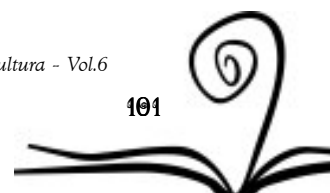


Para os que defendiam a redução do tamanho do estado e da proporção de gastos com proteção social pública, o objetivo principal era o corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação dos usuários. (CORTES, 2002, p. 12)

Importante ressaltarmos que a participação aparece, assim, majoritariamente, com respeito ao financiamento do sistema, seja para seu controle ou como imposição ao financiamento público na saúde, através dos conselhos e conferências.

A legislação (leis n. 8.080/88 e n. 8.142/90) criou os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, mas eles não surgiram a partir de um vazio institucional. Na maior parte dos casos, originaram-se de uma adaptação das comissões interinstitucionais já existentes desde a segunda metade da década de 1980 às novas exigências legais. A realização das mesmas era tradição do setor saúde, segundo Cortes (2002), desde o início do século. Segundo a autora, o que podemos apontar como a principal diferença entre esses espaços foi em relação ao estabelecimento da periodicidade e também no que diz respeito ao envolvimento de representantes da sociedade civil, este especificamente como desdobramento da reorientação dada pela constituinte e, mais tarde, pelas leis n. 8.080/88 e n. 8.142/90 (CORTES, 2002).

Contudo, compartilhamos a visão de que, fora desses espaços de pactuação e deliberação em instâncias nacionais e subnacionais, a participação diz respeito também aos espaços coletivos de construção e deliberação da política, com controle social e participação ativa nos rumos do cuidado em saúde. No caso dos transplantes, não há menção a qualquer dispositivo de orientação dessa prática. A participação do usuário na construção e orientação de políticas, dispositivos e práticas terapêuticas inexistente formalmente; nem mesmo os mecanismos de controle da lista de espera são assegurados com a presença de usuários para monitoramento. Interesses corporativos e relações cristalizadas de poder, conhecimento, compreensão e acesso perpassam esta questão.

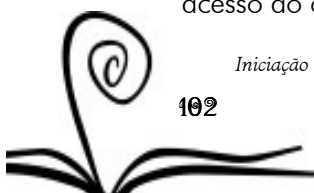


Entender a participação do usuário como um dispositivo democrático e que proporciona melhorias efetivas nas práticas em saúde é uma realidade, haja vista o processo de construção das políticas de DST/Aids e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (MATTOS, 2001). Por que as leis e regras formuladas e construídas para um procedimento de alta complexidade como os transplantes não previram a participação dos atores sociais que utilizam o sistema? Esta pergunta permanece aberta para desdobramentos futuros.

Apontamos diversas vezes ao longo do trabalho que o que está em disputa com o SUS é um projeto societário, que se relaciona com políticas e interesses nacionais e internacionais. Reconhecer a atenção básica como norte das políticas e práticas em saúde é expressar que a orientação do cuidado deve ser menos transpassada por protocolos e referências medicalizadas do que é saudável ou não, e mais por uma percepção relacional, de modos de produção da vida. É entender a doença também como um produto econômico, político e social. Contudo, em nenhum momento, a saúde pública deve ser reduzida à atenção básica, muito menos os avanços angariados pela luta social devem ser todos postos neste tipo de atenção. Básico é aquilo que se faz necessário à demanda social. Sendo assim, a necessidade de transplantes se mostra expressiva, haja vista o número de usuários em lista de espera. A crítica à medicalização do cuidado não é a recusa aos avanços das terapêuticas e das tecnologias, e sim que qualquer cidadão em sofrimento tem o direito de utilizar-se do que for necessário para sua reabilitação.

Desse modo, assim como os níveis de complexidade coexistem, as demandas por cuidado não respeitam níveis hierárquicos. Este sistema que se diz universal, integral, equânime e participativo verdadeiramente o é? Há garantia do direito à saúde, mas não do acesso, muito menos do cuidado e da formulação de políticas?

Pensar a integralidade tanto do cuidado e da atenção durante o tratamento como, sobretudo, dentro dos serviços e da rede de saúde é um problema que é estrutural e que nos faz questionar também a lógica da porta de entrada dos serviços de saúde, o percurso do usuário dentro da rede e o acesso ao cuidado no sentido de continuidade e acompanhamento de suas

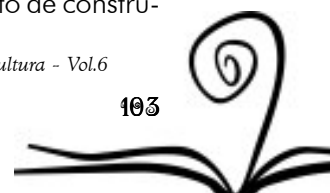


enfermidades. As causas que levam, em última instância, ao transplante são majoritariamente evitáveis ou controláveis em outros níveis de atenção que não na alta complexidade do centro cirúrgico e dos imunossuppressores. Hipertensão, diabetes, tabagismo e alcoolismo, que, em última instância, evoluem para casos de necessidade de transplante, são questões de acompanhamento permanente e controle em outro nível do sistema – a atenção básica, a qual pressupõe utilizar-se de tecnologias leves, inter-relacionais, para tratar não só da ‘doença’, mas também da reabilitação e educação pela conscientização das consequências e dos agravos pertinentes a certas práticas cotidianas.

Nesse sentido, integralidade é uma característica da boa prática biomédica, da medicina que tem como objetivo último a intervenção sobre a doença (MATTOS, 2001). Assim, defender a integralidade não implica deixar de lado toda uma gama de conhecimentos que têm permitido tanto à medicina quanto à saúde pública sucessos significativos. O que ratificamos é que este uso deve ser guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que chegam ao sistema com suas demandas (MATTOS, 2001). Estamos tratando aqui da integralidade também como uma dimensão das práticas, na qual um enfermeiro ou médico se preocupam em informar a um acompanhante a evolução do quadro de ME, dos motivos que levaram a isso, bem como se preocupam não somente em extrair os órgãos, mas também com o ônus psicológico da perda de um ente querido, isto é, praticar a integralidade nos serviços de saúde.

Discutimos aqui os avanços que as tecnologias na saúde têm trazido para o bem-estar e controle de doenças antes não-evitáveis ou curáveis. Também, por todo o trabalho, falamos sobre que tipo de cuidado em saúde preconizamos como digno: universal, integral, participativo, equânime, enfim, mais humanizado. Assim, continuamos pela luta ao acesso efetivo, seja em que tipo de nível de complexidade ou cuidado demandado. E esta é uma luta permanente e que não deve resignar-se com o muito, vale dizer, que conseguimos ao longo desses vinte anos de construção do SUS.

Buscar acesso e diálogo nos serviços de transplantes é também – e sobretudo – avançar nessa luta. Esta terapêutica tem de ser, sim, mais acessível, democrática e efetiva. Denunciar, dentro de um projeto de constru-



ção de um sistema único de saúde, direcionamentos políticos que fragmentam esta intenção é explicitar para a sociedade civil que o nosso direito, conquistado democraticamente, está sendo negado. Apontamos, a partir da análise das políticas de transplantes, que o SUS está virando um complemento às práticas de transplantes, e não protagonista, apesar de ser o sistema que mais transplanta e a instituição que regula, financia, capta e distribui os enxertos.

Assumido que o sistema de saúde está longe de ser único, e que existem sistemas, privado e público, chamamos atenção para os rumos a que os interesses privados têm levado os transplantes no país e, principalmente, a ausência de discussões e ações do poder público e da sociedade civil a esse respeito. A falta de informações, dados e, principalmente, produção acadêmica problematizando a questão dos transplantes de órgãos e o SUS apresentam-se a nós como evidências desta argumentação.

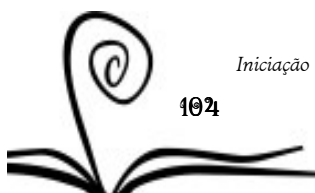
## REFERÊNCIAS

BIRNER, E. & UZUNIAN, A. *Biologia Volume Único*. 2. Ed. São Paulo: Harbra, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 7 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.407 de 05 de agosto de 1998*. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Brasília, 2006. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br>>. Acesso em: maio 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)>. Acesso em: abr. 2009.





\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Conheça a SAS*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31023&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=31023&janela=1)>. Acesso em: dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *O que é Compatibilidade HLA?* Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=22552](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=22552)>. Acesso em: 7 fev. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n.º 1.480/97*. 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/res1480.htm>>. Acesso em: dez. 2010.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologia*, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan./jul. 2002.

GARCIA, V. D. *Por uma Política de Transplante no Brasil*. São Paulo: Office, 2000.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2.229-2.239, 2006.

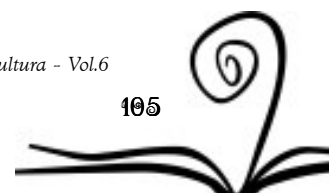
MATTA, G. C. Família, práticas institucionais e transplantes de órgãos. In: BURD, M. & MELLO FILHO, J. de. *Doença e Família*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2004.

\_\_\_\_\_. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C. & PONTES, A. L. de M. *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

RADIS: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. Constituinte 1987/1988 – Pungente saúde. *Radis: Comunicação em Saúde*, n. 72, p. 12-14, ago. 2008.

RIBEIRO, C. D. & SCHRAMM, F. R. Atenção médica, transplante de órgãos e tecidos e políticas de focalização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1.945-1.953, 2006.





# **MÉTODO CARTESIANO E A REPRESENTAÇÃO DA SUBJETIVIDADE NO CINEMA: UMA ANÁLISE DO FILME *WAKING LIFE***

**João Marcos Leitão Araujo<sup>1</sup>**

O cinema-discurso tem sua linguagem e semiótica dotadas de subjetividades. Subjetividades estas que podem ser encaradas como especulação acerca de um assunto qualquer. Desse modo, foi criado *Waking Life*. Como seria a produção de um filme sobre algo que acontece inteiramente na mente humana?

O filme de Richard Linklater parece ter respondido a esta pergunta de maneira criativa. O filme é uma animação em rotoscópio<sup>2</sup>, o que favorece sua característica de experiência. A forma encontrada por Linklater não se remete à impressão de realidade objetiva, feita por uma filmagem com atores reais. No entanto, não se entrega a uma total falta de realidade.

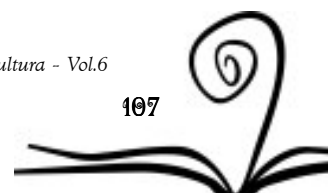
*Waking Life*<sup>3</sup> retrata um jovem que, após inúmeras tentativas, não consegue acordar de seus sonhos. Por isso, fica preso a um mundo onírico e, em qualquer tentativa de voltar à realidade, entra novamente em um sonho. O protagonista presencia, como um homem em sua própria mente, discussões acerca dos mais diversos assuntos, desde política, filosofia e linguagem, até religião, existência e vida. Em muitos momentos, o perso-

---

<sup>1</sup> Ex-aluno do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2007-2009). Atualmente, cursa Direito na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação do professor-pesquisador Gregório Galvão de Albuquerque (especialista em Educação Profissional em Saúde), do Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde (Nuted). Contato: joaomarcos.la@gmail.com

<sup>2</sup> A técnica de animação é realizada desenhando-se sobre a película produzida, obtendo-se, assim, novas imagens, cores e contornos.

<sup>3</sup> O longa de animação *Waking Life*, de Richard Linklater, traz pessoas da vida real habitando os sonhos de um homem. O enredo gira em torno de um jovem que não consegue acordar de um sonho e tem longas conversas sobre os vários estados da consciência e discussões filosóficas e religiosas com os mais diversos personagens. Alguns deles são facilmente reconhecíveis, como o cineasta Steven Soderbergh e os atores Julie Delpy e Ethan Hawke.



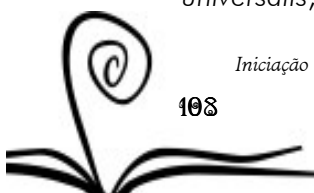
nagem não consegue saber se está sonhando ou se está acordado. Vemos sua concepção se alterando ao longo do filme: no início, o personagem pensa estar acordado e descobre estar dormindo. No final do filme, o protagonista 'acorda' já com a probabilidade de vivenciar um novo sonho.

Criador da filosofia moderna, Descartes revoluciona e transforma concepções anteriores a ele. Como no filme, este pensador nos mostra que o pensamento é algo que independe do mundo exterior. A própria ideia como imagem das coisas independe de como a tomamos sensorialmente, em seu exterior, mas depende de sua substância. Assim, o pensamento tem sua representação. A filosofia cartesiana parece, então, ser um instrumento para o entendimento do filme. A partir de sua dúvida metódica, Descartes nega tudo aquilo que não se pode tomar como verdade. Em parte de sua obra, e assim como o protagonista do filme, Descartes parece não ter argumentos para diferenciar sonho e realidade. Sua dúvida metódica nega até mesmo sua realidade desperta. Pelo objetivo de entender as subjetividades de uma produção cinematográfica como *Waking Life* dentro da perspectiva filosófica cartesiana, foi preciso: analisar *Waking Life*; entender a filosofia cartesiana e os conceitos de pensamento e verdade; compreender como o filme pode ter relações com a perspectiva cartesiana.

## **IDEIA, CONHECIMENTO E MÉTODO À LUZ DE DESCARTES**

### **René Descartes**

Um dos filósofos mais influentes da história do pensamento ocidental e do discurso da corrente racionalista da filosofia, a partir de seus escritos Descartes apresenta sua forma de pensar que usa a dúvida como fonte do encontro de uma verdade absoluta acerca de um objeto. Em contrapartida a uma ideia de ceticismo que erroneamente se remete a ele, o filósofo cria seu método de enunciação da verdade e, a partir dele, baseia toda sua busca pelo conhecer. Este seria chamado, posteriormente, de 'método cartesiano'. Seria o caminho mais certo, reto e curto, baseado na *mathesis universalis*, a matemática.

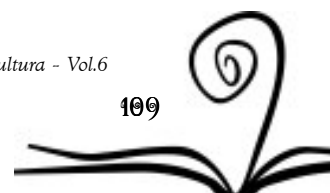


O filósofo francês se utiliza de opiniões moderadas e desconfia todo o tempo de seus sentidos, pois são enganosos e levam ao erro. Extremamente racional, o ceticismo metodológico duvida de cada ideia que não é absoluta. Entre estas, estão todos os objetos e formas que podem ser percebidos pelo sensorial, pois os sentidos conduzem o ser pensante ao erro. O ser que possui a capacidade de pensar não deve considerar verdade qualquer enunciação obtida pelo sensorial. A filosofia cartesiana busca a única verdade absoluta para cada coisa. Nessa intensa caminhada, o pensador cria conceitos importantíssimos para a sua e toda a filosofia ocidental posterior a sua época. Este filósofo cria um novo conceito de pensamento e revoluciona o conceito de ideia. Esse pensamento pode ser entendido como “aquilo em que somos imediatamente seus conhecedores” (DESCARTES, 1983, p. 169). Por ideia, Descartes entende “a forma de um dos pensamentos que, pela percepção imediata, temos conhecimento desses mesmos pensamentos (...)” (DESCARTES, 1983, p. 169).

Como sendo a forma de todo e qualquer pensamento, o conceito de ideia surge como representação da forma de objetos pensados, tanto materiais quanto imateriais. A ideia é o reconhecimento de um pensamento como tal, representado por uma imagem. A partir desta noção de pensamento e ideia, surge sua famosa máxima “penso, logo existo”. Esta proposição se justifica pela consideração de que, se existe a capacidade de negar ou de aceitar alguma coisa como verdade ou não-verdade, a certeza que se pode encontrar é que aí há um sujeito que pensa. Se pensa, já existe, pois há um ser pensante e, então, há também a certeza da existência. Seu método, porém, seria a melhor forma de produção de verdade para ele mesmo, comparando-se quaisquer outras formas que o filósofo se deparou em sua vida.

### **Pensamento e ideia**

Em relação ao pensamento, a filosofia cartesiana o entende como aquilo em que se tem a noção imediata. A representação do pensamento faz uma alusão direta à natureza da substância pensante. “Como exemplo da definição de pensamento temos as operações da vontade, do entendimento, da imaginação e dos sentidos” (DESCARTES, 1983, p. 169).



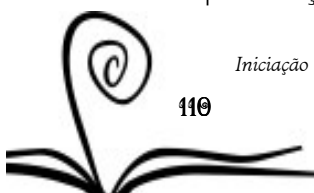
Para existir o pensamento, essencialmente deve existir o sujeito que pensa, mas isso independe de consciência. O indivíduo que tem vontades e imaginações pode ainda não estar consciente disso. No entanto, para existir uma ideia, é preciso um indivíduo consciente. A ideia perpassa pelo reconhecimento de um pensamento como tal; a ideia é a representação, a imagem do pensamento. Assim, em Descartes, há uma nova concepção do que se remete à ideia que passa pela noção da consciência e da existência de um sujeito que pensa. Quando se tem a percepção do pensamento, se alcança a imagem de tal (DESCARTES, 1983).

O termo *Idéia* passa a ser usado com o sentido de representação que tanto designa um objeto dado na consciência, como a forma do pensamento em geral. A *Idéia* passa, portanto, a ser um tipo de modificação que se verifica na consciência; ela é um modo de ser do pensamento, aquilo que identifica o sujeito pensante como um sujeito de representações (...). (GUIMARÃES, 2007, p. 101)

A filosofia cartesiana considera a ideia como um atributo que parte do sujeito pensante, e não mais do objeto em si. O sujeito pensante se torna o autor dos seus próprios pensamentos de modo consciente. A ideia está no pensamento de Descartes como um atributo da natureza humana, da natureza de um sujeito que pensa e tem isso em sua consciência. A ideia dá forma ao pensamento. Não há separação entre forma e imagem e, por isso, em seu pensamento, todo pensamento consciente está associado a uma imagem.

### **Ideia e representação**

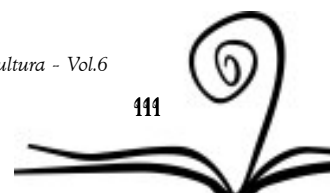
A definição de ideia como um objeto dado na consciência necessita obrigatoriamente da sua relação com a representação. A definição da representação é a principal sustentação racional do conceito de ideia cartesiano. Como representação de algo, a filosofia cartesiana entende a realidade que especifica este algo, realidade objetiva do conteúdo da representação (DESCARTES, 1983). Esta realidade objetiva torna o objeto representado independentemente de qualquer exterioridade a ele. Para que exista a ideia, a representação desta ideia não necessita de algo exterior (GUIMARÃES, 2007).



A ideia é a imagem de um pensamento que toma consciência dele mesmo como tal. Isso se afirma porque a ideia só pode ser concebida por algo que expressa a realidade de seu conteúdo. Tem-se, então, a imagem como atributo que concebe algo como realidade, independentemente de sua essência material ou imaterial, como, ao representar um animal ou qualquer objeto materialmente perceptível, existe a ideia do mesmo, ou mesmo ao representar uma concepção de juízo, pois a imagem é a representação mental de qualquer forma. A definição de ideia não diferencia entes materiais e imateriais, pois tudo é percebido na mente, as percepções pelo sentido em nada servem para dar mais ou menos força a uma representação de um pensamento dado na consciência. As ideias são todas de mesma intensidade, pois surgem da mesma maneira no pensamento, uma realidade representada na mente (GUIMARÃES, 2007).

Ao rejeitar todas as teorias vigentes acerca das coisas, Descartes busca conhecer o que é realmente verdadeiro. A filosofia cartesiana se dedica à busca da verdade. Para atingir essa verdade, deve-se encontrá-la a partir de provas realmente convincentes. Ademais, tudo o que não pode ser provado como verdade é encarado como falso. Isso se explica porque o fenômeno em questão pode ser tanto falso quanto verdadeiro, mas para ser verdadeiro é preciso de alguma prova concreta. O que não pode ser explicado não pode ser verdadeiro, e por isso se torna falso.

Por desejar então dedicar-me apenas à pesquisa da verdade, achei que deveria agir exatamente ao contrário, e rejeitar como totalmente falso tudo aquilo em que pudesse supor a menor dúvida, com o intuito de ver se, depois disso, não restaria algo em meu crédito que fosse completamente incontestável. Ao considerar que os nossos sentidos às vezes nos enganam, quis presumir que não existia nada que fosse tal como eles nos fazem imaginar. E, por existirem homens que se enganam ao raciocinar, mesmo no que se refere às mais simples noções de geometria, e cometem paralogismos, rejeitei como falsas, achando que estava sujeito a me enganar como qualquer outro, todas as razões que eu tomara até então por demonstrações. (DESCARTES, 1983, p. 56)



## O argumento do sonho

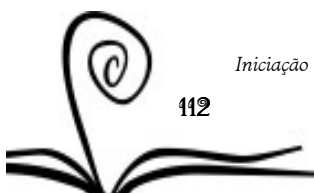
Não se pode confiar em nada que não ofereça certeza de uma enunciação de verdade, e essa verdade só pode ser alcançada a partir de um pensamento (DESCARTES, 1983). O sonho, segundo a filosofia cartesiana, é uma enunciação de um argumento que é falso, apesar de os sentidos aparentemente afirmarem o contrário. O plano onírico pode se parecer tanto com a realidade quanto a própria realidade de vigília. Como, então, distingui-lo da realidade, como enunciar uma verdade desse modo? Parece que a filosofia cartesiana não chega a um argumento definitivo (EVA, 2001).

O protagonista de *Waking Life* não tem a capacidade de distinguir sonhos de realidade desperta, a não ser por alguns acontecimentos considerados absurdos em relação à realidade usual. Ao perceber que a realidade em que está não é condizente com a realidade desperta, o protagonista flutua. Nota-se então uma total certeza do sonho, pela perda da realidade física de uma vida desperta.

(...) quaisquer pensamentos que nos ocorrem quando estamos acordados nos podem também ocorrer enquanto dormimos, sem que exista nenhum, nesse caso, que seja correto, decidi fazer de conta que todas as coisas que até então haviam entrado no meu espírito não eram mais corretas do que as ilusões de meus sonhos. Porém, logo em seguida, percebi que, ao mesmo tempo que eu queria pensar que tudo era falso, fazia-se necessário que eu, que pensava, fosse alguma coisa. E, ao notar que esta verdade: eu penso, logo existo, era tão sólida e tão correta que as mais extravagantes suposições dos cétricos não seriam capazes de lhe causar abalo, julguei que podia considerá-la, sem escrúpulo algum, o primeiro princípio da filosofia que eu procurava. (DESCARTES, 1983, p. 56)

Em comparação ao filme, a filosofia cartesiana atinge um ceticismo em que sua dúvida nega até as mais verossímeis realidades. A partir do argumento do sonho, Descartes consegue nos convencer sobre as indistinções entre a realidade desperta e os sonhos:

(1) Parece-me que na vigília, estado em que me encontro agora, percebo diretamente o mundo real, por oposição ao que



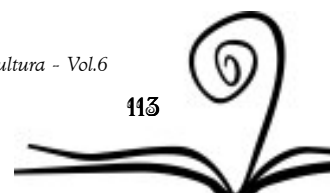


ocorre quando me engano com as ilusões dos sonhos. (2) Tive sonhos, dos quais agora me lembro, em que a impressão de conhecer as coisas era exatamente igual à que tenho agora. (3) Não posso encontrar nenhum indício conclusivo de que o aparente conhecimento do mundo que tenho agora não possa ser um sonho. (Não consigo encontrar marcas suficientemente nítidas para distinguir a vigília do sonho.) Devo aceitar que posso estar sonhando agora. (EVA, 2001, p. 301)

Assim, o filósofo alega a incerteza da vida desperta frente ao sonho. Porém, em sua mesma filosofia, seriam constatadas algumas incoerências, se este argumento se tornasse universal. O chamado 'ataque cético' de Descartes deu lugar, então, a um ceticismo mais moderado, se comparado àquele com que nos deparamos. De uma outra forma, o filósofo sugere que estava errado anteriormente

O modo como Descartes responde ao seu argumento do sonho na Sexta Meditação parece-nos vir em nosso auxílio. Ali, a crença de que poderíamos estar sonhando, remanescente da primeira Meditação, será descrita como "hiperbólica e ridícula" e abandonada mediante a alegação da coerência que, em conjunto, se deixa naturalmente observar nas nossas representações quotidianas, bem como na harmonia com que minhas faculdades as percebem na situação de vigília, que garante sua veracidade. (EVA, 2001, p. 296)

Sobre estas duas teorias em um mesmo autor, ou até em um mesmo título, *Meditações*, acredita-se realmente no ataque cético do filósofo. Entre seus contemporâneos, até os pensadores posteriores concebem a indistinção entre sonho e realidade um atributo daqueles que não possuem lucidez, os loucos. A dúvida metódica, então, se lança a um ceticismo até então nunca visto, a ponto de negar qualquer realidade, salvo a existência do eu e da existência de um Deus. Porém, o ceticismo com que a filosofia cartesiana se inicia é tanto que há uma certa amenização desta, na continuidade dos trabalhos cartesianos. Por isso, Descartes considera o argumento do sonho momentâneo, e isso é considerado posteriormente como uma perda de lucidez.



## WAKING LIFE, UMA VIDA DESPERTA

### Aspectos gerais do longa-metragem

*Waking Life* ('Vida Desperta', sem tradução para o português) é um longa-metragem de animação em rotoscopia de Richard Linklater<sup>4</sup>, lançado em 2001 pela Fox Searchlight Pictures, divisão responsável pela produção de filmes *british* e/ou *indies*, movimentos de língua inglesa traduzidos para o português como britânicos e/ou independentes, da produtora 20th Century Fox.

○ filme se baseia em diálogos entre um personagem principal e alguma outra pessoa, que defende o seu ponto de vista acerca de algum assunto. ○ personagem considerado protagonista aparece mergulhado em algo que pode ser identificado como uma cadeia de sonhos. ○ filme continua até um final de possibilidades de distintos significados, a partir de diferentes perspectivas.

*Waking Life* é uma história em forma de animação sobre um jovem anônimo, interpretado por Wiley Wiggins, em que este personagem se localiza capturado em uma série contínua de sonhos. Ele caminha ou levita de uma cena para outra, ouvindo uma série de teorias por filósofos, intelectuais e loucos. Os comentários de texto para o filme afirmam que *Waking Life* apresenta um complexo entrelaçado de conversas com professores, artistas, escritores e atores. No filme nota-se a exploração de mais de uma teoria acerca de diversos assuntos. Mais propriamente, o filme é uma exploração de muitos pontos de vista das tendências atuais e passadas na filosofia. (PHILOSOPHICAL FILMS, 2010)

Nenhum dos personagens possui nome. Os nomes não são importantes para o entendimento do filme, mas apenas o que os personagens dizem. Neste trabalho o personagem considerado como protagonista levará o nome do ator que o interpretou, Wiley Wiggins. Ademais, quaisquer outros personagens serão definidos por algum aspecto notado na cena.

---

<sup>4</sup> Autodidata, o escritor e diretor Richard Linklater foi um dos primeiros e mais bem-sucedidos talentos que surgiram no renascimento do cinema independente estadunidense, nos anos 1990. Seus filmes são, na maioria das vezes, definidos em um período de 24 horas. Linklater explora aquilo que ele mesmo apelida de "contínua rebelião da juventude".



O filme trata de um jovem que, após uma viagem, é descartado em um local aleatório na cidade e posteriormente atingido por um carro. A partir daí, o personagem parece acordar em uma cama. Durante a primeira metade do filme, o protagonista ouve várias teorias de povos sobre a existência humana. Na segunda metade do filme, Wiley percebe que está preso em uma série de sonhos lúcidos e tenta despertar. Como seus esforços falham, ele considera de fato poder estar morto e enfrentando uma condição de sonho – como uma vida após a morte. Nos comentários do diretor, Linklater afirma que os diálogos de *Waking Life* são intencionalmente filosóficos e um terço do roteiro foi escrito pelos próprios atores.

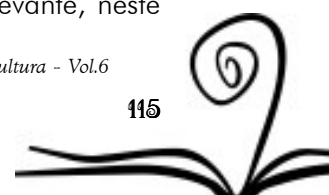
### **Uma maneira de se construir animação: rotoscopia**

O filme de Linklater é um longa-metragem baseado na técnica da rotoscopia. Tal técnica consiste na representação, na forma de uma animação, de algo filmado e utilizado como modelo.

Tal técnica permite aos animadores redesenharem os quadros de uma filmagem já feita, para alcançar o efeito da animação. *Waking Life* foi realizado em uma técnica de rotoscopia digital, que é feita a partir de uma filmagem com atores reais. Pode-se considerar que *Waking Life* são dois filmes em apenas um. Toda a filmagem de atores reais foi realizada em um período muito curto. Foram filmadas 22 páginas de roteiro em apenas um dia, enquanto comumente se filma duas ou três páginas. Cada minuto do longa de Linklater, porém, que possui 99 minutos no total, necessitou de 250 horas de trabalho de uma equipe composta por trinta animadores.

O efeito resultante no filme foi uma animação de caráter surreal, onde as imagens obtidas acompanham o enredo do filme, tão densas e perturbadoras quanto as ideias contidas nos diálogos realizados com o protagonista. Notam-se distorções de linhas e limites impostos pela filmagem de atores reais, movimentação de ambientes, entre outras características que se introduzem e unificam a relação entre a imagem e o conteúdo do filme.

A produção de uma animação em rotoscopia é trabalho bem demorado e até caro. Ressalta-se que o longa-metragem é uma produção independente e, por isso, a questão financeira se torna relevante, neste



caso. Seria muito mais simples e menos custosa a utilização de apenas uma filmagem ou apenas uma animação e duas dimensões. Assim, não seria necessária a utilização de uma equipe de animadores que realizaram *Waking Life* a partir de um demorado trabalho. Richard Linklater, ainda, tem entre suas características o costume de terminar seus filmes em períodos bem curtos, como 24 horas.

Em contrapartida a todos estes impedimentos, na página de Internet oficial do filme, Linklater alega que foi uma solução para uma questão: como fazer um filme sobre algo que aparentemente acontece inteiramente na mente? O mesmo Linklater responde a esta pergunta, como podemos ver ao assistir ao filme. O longa-metragem se passa em um campo onírico, provavelmente onde o personagem principal, Wiley, é também o protagonista dos sonhos. Ele é o ser humano que sonha. Richard Linklater faz uma analogia ao campo da mente do ser humano em uma animação em rotoscopia, onde tudo parece ser real, mas há a possibilidade de não ser verdadeiramente real. A técnica de animação em questão produz imagens que acompanham o que está sendo discutido com palavras ao longo do filme.

O estilo de animação se altera, dependendo do que é discutido, do monólogo ou da etapa de desenvolvimento do personagem central. Vemos imagens diferentes, a partir da diferença de opiniões defendidas pelos personagens que interagem com o protagonista. A animação em rotoscópio permite ao filme a expressão de sentimentos abstratos, que não são explorados com tal evidência, como o balançar do cenário, o homem raivoso ficar vermelho literalmente e a explicação do que é física quântica aplicada à filosofia. A música também tem sua participação, enriquecendo a sensação de sonho e nos transportando ao sonho lúcido do personagem. Em relação a este fato, em uma comparação à filosofia cartesiana, uma ideia é uma imagem formada pela consciência de um pensamento (DESCARTES, 1983). Pode-se aproximar à teoria, tendo uma alusão de que tudo o que é mostrado no filme se remete a uma ideia, a uma imagem projetada no plano do pensamento, independentemente de aquilo possuir alguma forma externa ou não. A todo o tempo no filme, nota-se que nada é externo, tudo está e só está na mente de Wiley.



### **Waking Life e diálogos abordados**

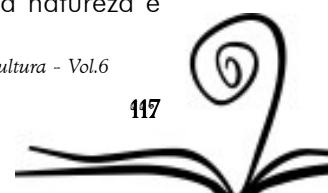
Ao longo de *Waking Life*, o personagem principal descobre em seus próprios sonhos algumas maneiras de saber se está desperto ou novamente em um plano onírico, como olhar o relógio e notar se as horas aparecem nitidamente, exprimindo realidade, ou se são apenas um borrão, onde o tempo não importa. Wiley, ali, é dono de seu próprio tempo, como em um sonho em que horas parecem ser minutos ou minutos parecem ser horas. Outra maneira é tentar acender e apagar as luzes, onde a relação de causas e efeitos lógicos ajuda a perceber em que plano o personagem se encontra: se as luzes apagam, o protagonista está acordado; se as luzes não apagam, como acontece, é novamente um sonho.

**Figura 1** – Maneiras encontradas por Wiley para diferenciar sonhos de uma vida desperta



Em *Waking Life*, cada diálogo apresentado é mais do que apenas um indivíduo se comunicando, em uma emissão e recepção de ideias. Por se passar no campo dos pensamentos, o filme pode representar uma conversa de Wiley Wiggins consigo mesmo. Isso é sustentado pelo próprio filme. Em uma cena, Wiley diz a uma mulher que as ideias e conversas em que ele esteve são todas bem interessantes. Só que, quando está prestes a falar, o indivíduo que está ao seu lado diz exatamente o que ele, Wiley, pensa.

A cada sonho, o protagonista encontra personalidades diferentes. Estes personagens defendem ideias distintas acerca dos mais diversos discursos que perpassam essencialmente a filosofia, mas também abrangem ideias sobre ciência, linguagem, religiões e crenças, discussões que vão desde reencarnação até a noção da evolução biológica da natureza e



antropológica da espécie humana. A cada diálogo, um novo assunto é abordado sobre uma perspectiva diferente, e novas perguntas são lançadas sutilmente a partir de falas que resumem pensamentos estabelecidos por estas perspectivas. Na mente do protagonista, acontece uma densa reflexão acerca de aspectos relacionados ao conhecimento, à permanência da existência, à própria vida.

Através do lúdico, penetra-nos profundamente, trazendo seqüências de imagens que remetem ao universo onírico, revelando a possibilidade de se poder mergulhar tão profundamente nos próprios sonhos até a fusão com os mesmos, o que poderia significar a perda total da consciência. (HORSCHUTZ, 2006, p. 171-172)

## **O FILME E A FILOSOFIA**

### **Um filme-experiência**

A questão é intempestiva e, à primeira vista, incongruente, se, ao dizer 'filme', pensamos no uso social que, em geral, se faz do cinema: duas horas de diversão (eventualmente distribuídas entre diferentes momentos). A teoria não é algo que se possa considerar divertido; seu alcance social é incerto; sua definição, de resto, nunca é simples. (AUMONT, 2008, p. 22)

Anterior à discussão que será a proposta central deste trabalho – a relação de *Waking Life* e a ciência e a filosofia cartesiana –, é preciso estar atento a uma outra discussão: a relação filme *versus* teoria. Aumont define bem o uso social atribuído em grande parte das vezes ao cinema. *Waking Life*, assim como muitos outros títulos, é exemplo claro de que o cinema não é unicamente um instrumento de diversão, característica esta que é muito atribuída ao cinema nos dias atuais. Muito se comenta sobre a possibilidade de um filme ter a capacidade de explicitar uma teoria ou de criar, por si mesmo, alguma proposição filosófica que seja.

Na história do cinema, fica claro que o cinema não é uma linguagem universal que atravessa facilmente barreiras linguísticas e culturais. Vemos ao contrário que, como qualquer outro modo de semiótica, as proposições

*Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: articulando trabalho, ciência e cultura - Vol.6*

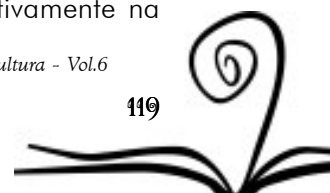


linguísticas atravessam um filme a todo momento. Nada é mais individual e perpassa por mais fatores linguísticos do que a própria semiótica cinematográfica, pois convenções linguísticas atravessam um filme a todo o tempo. O filme mudo é o maior exemplo, pois alguns gestos feitos pelos atores em cena demonstram que movimentos se remetem à linguagem, algumas vezes fielmente (AUMONT, 2008).

Sobre esta afirmação, seguem a discussão e a interrogação acerca da capacidade do filme de produzir teoria. Se um filme tem a possibilidade de realizar tal feito, a linguagem cinematográfica pode não ser capaz, por si mesma, de explicitar toda uma ideia, pois o filme se apresenta desde sempre de maneira subjetiva, diferentemente de uma teoria científica, na qual tudo deve ser feito da maneira mais objetiva possível, além do fato de que uma teoria é baseada em uma série de explicações, definição esta que o cinema não pode fazer. Para um pensamento transformar-se em uma ideia, deve existir uma consciência, uma imagem e uma maneira de se explicitá-la (GUIMARÃES, 2007). “Sem dúvida, o cinema não procede por enunciados verbais: seus filosofemas são mudos. Além disso, não é facilmente possível saber qual filosofia ele propõe: para tanto, faz-se necessário um exegeta” (AUMONT, 2008, p. 23).

É importante notar que um filme não pode criar e ser um ato de teoria por ele mesmo, já que uma teoria necessita de alguns atributos para ser sustentada. Qualquer filme não tem como objetivo a necessidade de passar explicitamente uma teoria. Menos ainda um filme pode criá-la. Uma teoria, seja científica ou filosófica, necessita de aspectos objetivos, métodos, provas concretas para seu sustento (AUMONT, 2008). Uma produção cinematográfica, por mais objetiva que possa parecer, se sustenta a partir de subjetividades, peculiaridades e ficção. Uma ficção não existe com – e somente pelo – objetivo de se expandir ou de se explicar uma ideia. E o cinema não tem a capacidade de explicar algo, por motivos que vão desde a ambiguidade da imagem até a subjetividade de aspectos como tonalidades de fala, enunciados verbais somados às atitudes não-verbais da figura dos personagens (AUMONT, 2008).

Outro fator atribuído a esta diferença se encontra no receptor da mensagem. No cinema, tem-se o espectador, que participa ativamente na



construção do filme – não das imagens e sons, isto já está finalizado, mas sim da recepção em relação à mensagem ou atribuição de sentido ao filme. O espectador não é, em nenhum momento, um sujeito passivo, que apenas recebe informações. É um ser pensante, que se utiliza desta faculdade para dar sentido a uma produção cinematográfica, decodificando mensagens faladas, entendendo a semiótica no filme apresentada, preenchendo lacunas e espaços no filme, quando este não segue uma sequência linear e ininterrupta – ou segue, mas precisa ser atribuído algo anterior ao filme – em relação a seu enredo (AUMONT, 2008).

Ao se considerar que o espectador é um agente ativo na construção cinematográfica, percebe-se que quem assiste a um filme se utiliza de sua capacidade mental para produzir sentido a algo. Ismail Xavier (1983) explicita em sua introdução como organizador do estudo *A Experiência do Cinema: antologia* que, apesar de o cinema (em sua época, todo; atualmente, em sua maioria) estar baseado em duas dimensões, o espectador percebe claramente que a imagem cinematográfica deve ser entendida e decodificada para que a ficção, apresentada em duas dimensões, seja comparada a três dimensões, tal como é a realidade. Este simples exemplo pode ser usado de maneira análoga em diversas outras formas em que o espectador é necessário para que a obra cinematográfica ganhe sentido.

O cinema não tem a capacidade de explicar uma teoria que seja. Sempre irão existir lacunas subjetivas que instigarão de maneira diferente cada espectador (AUMONT, 2008). Tomando *Waking Life* como exemplo, quando se examina uma teoria ali enunciada, não se vê a teoria em si, mas a visão de um personagem sobre a teoria. Explicar exige uma enunciação de proposições que dão conta de tornar um fenômeno, seja este físico, social ou até espiritual, em algo que se entenda. Explicar é fazer de algo exterior uma imagem, que será representada como ideia (GUIMARÃES, 2007). Por isso, o cinema-discurso abre possibilidades para perspectivas. Entre elas, uma perspectiva filosófica. *Waking Life* não se remete a Descartes objetivamente, porém, se tem uma leitura e uma perspectiva deste filme a partir da teoria cartesiana.

Hoje, depois de seus diferentes tipos de crescimento (desde sua concepção e abrangência, até sua difusão e popularização), pode-se dizer que o



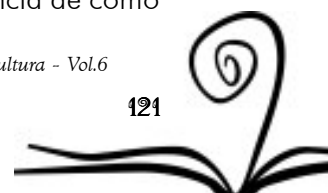


cinema é uma técnica de expressão madura (AUMONT, 2008). Podem-se notar em *Waking Life* personagens que defendem uma infinidade de teorias, que podem ser entendidas de diferentes maneiras. Porém, o objetivo do filme claramente não é difundir uma ou outra teoria, até porque o próprio filme entraria em contradição, pelas suas múltiplas versões acerca de assuntos semelhantes. O objetivo do filme como um todo se difere de uma difusão de teorias, mas se remete a uma forma subjetiva de se montar o que acontece apenas na mente de um ser humano, como o próprio diretor declara.

*Waking Life* não é uma teoria, assim como nenhum filme o é. Mas isso não impede o filme de possuir um caráter especulativo acerca de algum assunto ou de múltiplos assuntos. Um exemplo que pode ser tomado é a própria produção da imagem do filme, de um modo geral. A rotoscopia e a forma como Linklater a utilizou remetem a uma forma de fuga de um plano fidedigno, feito por atores reais, mas não tão abstrato e ausente de qualquer proximidade com a realidade quanto uma animação em duas dimensões usualmente produzidas. Esse caráter especulativo concede a *Waking Life* a condição de filme-experiência. A partir de métodos nunca antes utilizados dessa maneira, Richard Linklater produziu um filme onde as imagens são propositalmente descontornadas.

O filme de Linklater é, por isso, um filme experimental, tanto no sentido de expressão de conteúdo como na forma como este foi realizado. Não se encerra nele mesmo uma teoria, mas *Waking Life* tem em sua produção alguma forma de especulação totalmente inovadora, algo que não foi usado anteriormente. As lacunas para o entendimento subjetivo em *Waking Life*, assim como em qualquer produção cinematográfica, podem ser uma experiência de alguma teoria, mas não explicita objetivamente uma teoria em si. Cabe ao espectador que, participando ativamente da produção de sentido, o relacione com algo anterior a ele, ou mesmo posterior, no sentido temporal, pois novas subjetividades surgem a cada assistir.

O filme em questão é a própria experiência de algo que talvez se possa considerar uma teoria. Assim, a visão do que acontece somente na mente é explorada, algo que não se pode diferenciar de realidade ou sonhos, salvo algumas provas em que o protagonista descobre ou o espectador percebe. Não é uma teoria, mas sim um ato poético, subjetivo, que se remete a uma ou muitas teorias, entre elas a experiência de como



seria um filme em que grande parte ou todo ele esteja submerso no plano do pensamento de um sujeito. Pois uma explicação realmente plausível e considerável do filme é que os sonhos e as várias pessoas com as quais Wiley conversa sejam todas o próprio Wiley falando consigo mesmo.

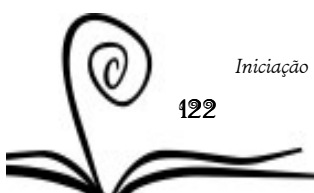
O cinema pode ter a capacidade de especular ou de experimentar (AUMONT, 2008). *Waking Life* corresponde a uma experimentação do diretor Richard Linklater, que usou a animação e todos os demais efeitos para realçar uma aventura que acontece provavelmente na mente de Wiley Wiggins. É, acima de tudo, uma experiência que abrange uma especulação do diretor de como seria se tal fato viesse a acontecer realmente em algum dia. Não é a efetivação de uma teoria, mas é uma especulação sobre algo.

A produção de subjetividades no cinema atinge o pensamento de que o filme pode ser uma experiência. A forma de *Waking Life* e a relação com os diálogos em que o filme se baseia dão uma nova proporção e uma nova característica ao entendimento do filme. O discurso de *Waking Life* enuncia por si mesmo especulações, que dentro das suas possibilidades subjetivas podem ser vistas de uma perspectiva filosófica assim como de outras perspectivas.

## NO CASO DE WAKING LIFE

### Cena 1

Figura 2 – Cena 1 do filme



O filme se inicia com duas crianças que fazem uma brincadeira, em que o menino, à esquerda, escolhe números e cores, e a menina, à direita, movimenta o papel que segura conforme as escolhas do primeiro. O número pedido ou o número de letras que formam a palavra que representa a cor escolhida determina o número de movimentos que a menina faz. A partir disso, a mensagem que se tira é “sonho é destino”, como o plano aproximado do papel. A cena se caracteriza e se individualiza pelo fato de ser a primeira e talvez a cena mais peculiar do filme de Richard Linklater. O trecho da fala de um personagem que dirige um carro e, ao mesmo tempo, também pilota um barco determina o desenrolar do resto da história. Ela se inicia em um plano onde aparece o protagonista em uma viagem de trem. O acordar de Wiley é diferente nesta cena. Nela, ele acorda fora de sua cama, em uma cabine de trem. Apenas o final da cena é parecido com as demais, onde o fim determina o início ou o acordar da próxima cena.

Wiley Wiggins aparece em um trem, viajando, enquanto a música do final da cena anterior ainda toca. Esta é a primeira aparição do protagonista, depois do prólogo em que as duas crianças brincam. A frase que surge no papel ao fim da brincadeira é “*Dream is destiny*” (“Sonho é destino”). Existe a possibilidade de que o personagem que aparece ainda menino seja o futuro personagem interpretado por Wiley Wiggins, pois existem algumas semelhanças entre eles, como o fato de estarem os dois na mesma casa, com o mesmo carro estacionado na garagem, um no início, outro ao final do filme. Esta casa, no filme, pode ser de Wiley, pois é nela que o personagem parece acordar todas as vezes. Ainda há a possibilidade de ambos estarem situados na mesma casa pelo fato de os dois personagens estarem em seu plano de sonhos, e talvez o menino seja mais uma das pessoas presentes no sonho de Wiley, já que, após o prólogo, vemos Wiley acordar. Ressalta-se também que o filme termina do mesmo modo que termina o prólogo do filme. Ambos tentam segurar a maçaneta do que parece ser o mesmo carro, enquanto seus pés saem do chão, iniciando uma levitação. A diferença das duas cenas é que, na primeira, o menino consegue se segurar na maçaneta do carro e assim ele permanece até Wiley acordar no trem em que viaja. Já na última, o personagem não consegue se segurar como o menino, então ele sobe até que não possamos mais distingui-lo no céu.



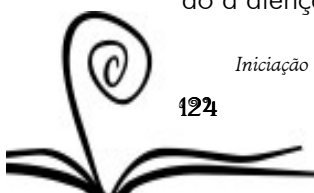
**Figura 3** – Comparação entre os dois personagens



Depois da levitação do menino, há um plano onde Wiley aparece pela primeira vez, sentado em uma poltrona de trem, que viaja para algum lugar. Em um *close-up*, vemos Wiley abrir os olhos como alguém que acaba de acordar. Talvez seja com esse primeiro acordar que acontecem todos os outros ininterruptos momentos no plano onírico de Wiley.

Logo na primeira cena, se pode notar a possível relação do filme com a filosofia proposta por Descartes. Sua dúvida metódica nos permite pensar sobre o que é verdadeiro e o que é falso, a partir da rejeição de tudo que não se pode afirmar como verdade apesar de existir a possibilidade de uma forte verossimilhança.

Depois, em uma nova cena, uma banda toca de maneira bem dissonante e o protagonista sai do trem em que estava viajando e anda pelo que parece ser uma estação, onde o plano de fundo se move de forma contínua. Um plano foca Wiley do peito para cima andando na estação de trem. O teto, plano de fundo do caminhar de Wiley, é dividido em diferentes colunas que formam algo como camadas por todo plano, e essas camadas se movem independentemente umas das outras, assim como o fundo da estação. Tem-se, assim, uma impressão de movimentos aleatórios, em um plano que deveria ser fixo. Wiley anda até um local onde se encontram alguns telefones, escolhe um e disca alguns números. Em uma tradução, as falas dos personagens, nesse caso apenas o protagonista, seguem da seguinte maneira: Wiley olha para uma mulher sentada em um dos bancos da estação que, junto ao restante do plano em que a mesma se encontra, parece se mover como borrões para todos os lados. Enquanto Wiley fala ao telefone, a câmera enquadra o rosto da mulher e se aproxima cada vez mais, remetendo a atenção do protagonista para a moça.

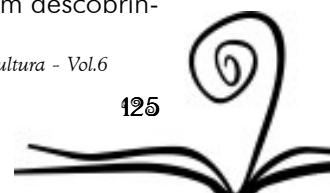


Wiley desliga o telefone. Não se sabe com quem o personagem falava. Nesta cena, também, a personagem que Wiley vê não fala palavra alguma. Corte para fora da estação de trem. O protagonista caminha enquanto, entre alguns carros estacionados dos dois lados da rua, surge um homem que dirige um barco com rodas, que funciona exatamente como um carro. No banco de trás do carro-barco, há outro homem. A câmera foca o motorista, que tem os seus olhos aumentados pela roscopia. Ele diminui a velocidade do carro-barco e faz uma pergunta a Wiley.

Podem ser percebidas algumas bandeiras no carro-barco. Uma delas, perceptivelmente, é a bandeira dos Estados Unidos; a outra, a bandeira do Chile. A terceira, mais perceptível, é uma bandeira que seria um símbolo pirata, uma bandeira rasgada onde se veem um crânio e dois ossos cruzados, ressaltando a imagem do motorista como um navegante pirata e piloto do seu barco. E, sob esta bandeira, reinicia-se o diálogo.

Wiley sai do carro-barco e anda pela rua, onde a câmera o foca em um plano que dá voltas em sua cabeça. Enquanto o personagem atravessa uma rua, que aparece novamente sob o recurso da distorção e do movimento do cenário, nota-se uma folha de papel, dobrada, bem nítida, e sob algo como uma iluminação saída dela mesma. Percebe-se que o papel não se move como todo o cenário em questão, o que lembraria o pensamento de que Wiley está com toda a sua atenção no papel e, por isso, o cenário se move como tal. O personagem vai até ela e a abre. Na folha, está escrito somente: *“Look to your right”* (“Olhe à sua direita”). Wiley faz exatamente o que o papel manda e vê um carro vindo em sua direção. A câmera foca em Wiley novamente e logo depois no carro. A cena termina com a câmera em Wiley e um som que significaria o atropelamento do mesmo.

Na primeira cena, já podem ser considerados inúmeros elementos que aproximam o filme das proposições filosóficas cartesianas. Dentro da realidade do filme, vemos que há algumas formas de se ter certeza de que o plano em que Wiley vive não é real. Porém, não é isso o que acontece na primeira cena do filme. Esta cena começa com Wiley acordando em uma cabine de trem, mas a mesma não termina com o personagem descobrin-



do que tudo não passa de mais um sonho, como na maioria do filme. Diferentemente de praticamente todo o filme, Wiley realmente não sabe se sonha ou não. Em todas as outras partes do filme, o protagonista passa quase toda a cena acreditando que aquilo que vive é uma realidade desperta. Só que algo acontece e o faz acreditar no contrário: que vive um sonho. Na primeira cena, não temos uma confirmação de que aquilo se remete a um sonho. Porém, como Descartes propõe, não temos argumentos suficientes para provar se estamos acordados ou se sonhamos, por isso devemos considerar que sonhamos. Na primeira cena, pode-se fazer uma alusão a essa proposição cartesiana e considerar a possibilidade do sonho, mas não podemos descartar a possibilidade da realidade desperta. Nessa cena, as duas possibilidades são aceitáveis.

Como o ataque cético cartesiano é depois negado pelo mesmo, podemos considerar a primeira cena de *Waking Life* como também um sonho de Wiley, já que nos deparamos com argumentos absurdos frente à realidade. Um carro que é também um barco pareceria um insulto ao bom senso. Por isso, seria razoável não considerar a cena como realidade, somado ao fato de o motorista-piloto andar na estrada como se seu carro fosse um barco, e tratando o carro como tal. Ao final da cena, Wiley encontra uma folha de papel que o pede para olhar para o lado. Isso também é um argumento para considerar a cena como mais um sonho, porque fatos assim não aconteceriam na vida desperta.

Em contrapartida, os argumentos que se prestam para condenar a realidade da cena não são argumentos que dão a certeza do sonho, como nas outras. Podemos especular sobre a realidade dessa cena, pois, apesar de o carro-barco ser absurdo, este não é uma ignorância às leis físicas, pois não fere em nenhum sentido a ideia de carro, a partir de uma aparência sensorial de barco. A realidade objetiva independe da realidade externa. Então, a sensorial aparência que se pode ter de um barco não feriria a sua ideia de carro. Em outro contra-argumento, a visão de barco não passa da percepção de quem o vê, a aparência externa de barco não passa de uma aparência usual de como deveria ser um barco. Pois, para um barco ser um barco, ele não necessita daquela aparência; ele necessita ter como reconhecida a ideia de barco. Isso se soma ao fato de que nossa percepção

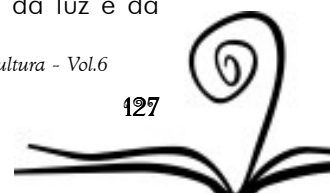


sensorial pode nos conduzir ao erro. No caso do bilhete, isso poderia acontecer, por chances remotas, porém existe a possibilidade. Atentando-se que se trata de uma produção cinematográfica, por subjetividades e metáforas, o bilhete “*Look to your right*” poderia significar uma desatenção do protagonista, que se depara repentinamente com o carro.

Se esta cena for real, Wiley é de fato atropelado. O acordar de Wiley na cena seguinte, então, poderia significar o real atropelamento e o início da metáfora do sonho, que significaria o desacordar, o possível coma e até a morte de Wiley. Esta é uma suposição razoável, considerando-se o filme como um todo. Se de fato o atropelamento for verdade, a última levitação de Wiley poderia significar sua morte. Em uma segunda hipótese, se o atropelamento não for real, este seria mais um sonho de Wiley e, por isso, ele acorda em sua cama. Considerando apenas o final da cena e o início da próxima, esta afirmação parece ter mais sentido.

## **Cena 2**

Wiley anda sobre sua casa, senta-se ao sofá e disca alguns números no telefone. O protagonista ‘zapeia’ os canais da televisão e muitas falas são cortadas. Wiley vai à casa da pessoa com quem parecia estar falando ao telefone, então fala com quem está a sua frente. Wiley caminha em direção a um homem que está tocando violão, cantando versos sobre alguém que sonha estar no trabalho, acorda e tem que trabalhar. Wiley caminha em direção à porta e para. Sorri e tenta apagar a luz do aposento. Os níveis de luz se mantêm constantes e o interruptor não os muda. Os homens olham para Wiley, que percebe que está sonhando outra vez, então o protagonista flutua, como anteriormente. Nesta cena, podemos observar uma sensível e profunda semelhança com a filosofia cartesiana. Como o ‘ataque cético’ de Descartes, Wiley não consegue definir se aquela realidade pertence a um sonho ou à vida desperta. Seus sonhos são tão verossímeis quanto a realidade desperta. Porém, diferenciando-se esta cena da cena anterior, nesta temos certeza de que é uma realidade onírica, pois a partir da dica do Homem 3, Wiley tenta sem sucesso modificar os níveis de luz. Após uma cena totalmente fidedigna e condizente com a realidade usual, podemos considerar como falsa a partir do absurdo da luz e da



levitação do personagem. Novamente, como no ataque cético cartesiano, Wiley não sabe se sonha. Porém, Wiley retorna à certeza do sonho por uma ação que apenas poderia acontecer em um sonho.

Diferentemente da 'cena 1', nesta podemos perceber que toda a cena se trata de um sonho. Para a defesa da igualdade da realidade desperta com o sono, o Homem 1 diz que o cérebro trabalha de modo semelhante entre a realidade e o sono REM e, de acordo com a neurologia, não há diferença entre as atividades cerebrais durante o sono e durante a vida desperta. Contudo, para o Homem 1, isso se deve a fundamentos até neurológicos, e isso não significa uma perda de lucidez.

Segundo o Homem 2, nossa vida é realmente um sonho, e tudo não passa de um sonho. Por isso ele iguala um sonho de um dia de trabalho ruim com o próprio trabalho ruim. Até para o Homem 1 e o Homem 2, não há distinções entre realidade e sonho, como no primeiro argumento cartesiano. O primeiro se utiliza de argumentos científicos e o segundo, de metáforas poéticas.

O Homem 3, por sua vez, vai ao encontro dos outros dois e diz que, se nos sonhos temos contato com o absurdo e com acontecimentos que só se sucederiam em sonhos, devemos nos aproveitar disso, então só assim teremos máximo proveito dos sonhos. Se não conseguimos diferenciar sonhos e vida, o argumento de máximo proveito seguiria de alguma forma também para a vida. O Homem 3 reconhece um sonho e se aproveita disso para fazer o que não consegue em sua vida desperta.

## **CONCLUSÃO: QUEM É WILEY?**

*Waking Life* nos convida a uma grande reflexão, desde suas questões enunciadas pelos personagens até a forma em que o filme está estruturado. A filosofia cartesiana é de grande ajuda para o entendimento do filme. E, em uma alusão intencional ou não, é possível percebê-la no filme. Os conceitos cartesianos são de grande auxílio para a construção de uma perspectiva sobre a produção cinematográfica e o conteúdo do longa-metragem. Com eles, podemos dar um significado concreto à condição de Wiley, desde o local em que ele se encontra até a noção de um acontecimento dentro da mente humana, a partir da experiência de Linklater.

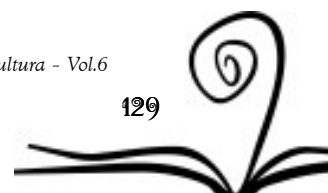




Podemos perceber que Wiley está entregue a um plano onírico e não consegue fugir de tal estágio de consciência. Também notamos que, assim como a filosofia cartesiana define realidade desperta indiferente a sonho em seu início, assim se encontra Wiley, sem conseguir diferenciar por não saber se está sonhando. Porém, assim como o filósofo nega a total diferença entre sonho e realidade, Wiley também encontra maneiras de diferenciar as duas situações. Não sabemos se Wiley sonha ou não na primeira cena, o que pode nos remeter ao ataque cético cartesiano, mas temos a certeza de que Wiley sonha ao final da cena 2, pois o absurdo presente no sonho é um argumento para diferenciá-lo, mesmo a quem se encontra nesta dúvida.

Wiley já espera estar sonhando ao fim do filme, mas ainda tem a esperança de acordar. Este fato vai ao encontro da filosofia cartesiana e, segundo essa perspectiva, isso justificaria para classificá-lo como um louco. Seríamos loucos em discutir a questão da não-diferenciação entre sonho e vida desperta na cena 1? Pequenos detalhes nos fazem ter a certeza do sonho e nossa memória e percepção nos fazem ter a certeza da vida desperta. Porém, como o próprio filósofo demonstra, assim como o filme reitera, existem de fato momentos em que não podemos reconhecer a nossa realidade e nem por isso somos loucos.

Então, Wiley seria um louco? Talvez não, pois em alguns momentos o protagonista reconhece sua realidade. Outra possibilidade se encontra no fato do atropelamento, que faria Wiley estar em coma, ou morto, e esse seria o eterno sonho. Vemos que, assim como Descartes, Wiley começa a perceber que está em sonhos, a partir de atributos que o próprio filme mostra como dedutivos. Descartes reconhece a profundidade de seu ceticismo e encara como ridícula sua dúvida, e tem a certeza de que está acordado ou a certeza do sonho quando encara um. Wiley tem a certeza, ao longo do filme, de que se encontra em um sonho e de que está preso a ele. Em uma alusão entre *Waking Life* e a filosofia de Descartes, podemos ver que, apesar de realidades opostas, tanto Descartes – em sua vida desperta – quanto Wiley – em seus intermináveis sonhos – iniciam da total falta de noção da realidade em que se encontram. Porém, estes tomam consciência de suas realidades a partir do absurdo do sonho: Descartes externo ao absurdo, a partir de sua memória do real, e Wiley entregue a esse absurdo.



Contudo, a grande diferença se encontra no fato de Descartes ter a certeza de que está acordado, a partir de seus argumentos. Em contrapartida, Wiley sempre espera por acordar e, a cada novo sonho, apenas um acontecimento serve para Wiley classificar tudo como um sonho, e não apenas sua sensação de harmonia espírito, corpo e sentidos, como a filosofia cartesiana propõe. Contra isso o filósofo propõe que a não diferenciação é um atributo dos loucos.

## REFERÊNCIAS

AUMONT, J. Pode um filme ser um ato de teoria? *Educação e Realidade*, v. 33, n. 1, 2008.

DESCARTES, R. *Discurso do método*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

EVA, L. A. A. *Sobre o Argumento Cartesiano do Sonho e o Ceticismo Moderno*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2001.

GUIMARÃES, J. A. F. *A Teoria da Representação na Terceira Meditação*. Cascavel: Tempo da Ciência, 2007.

HORSCHUTZ, R. W. *Análise do filme "Waking Life"*. (2001). *Cadernos Junguianos*, n. 2, páginas 171 a 175, 2006.

PHILOSOPHICAL FILMS. *Waking Life*. Disponível em: <<http://www.philfilms.utm.edu/1/waking.htm>>. Acesso em: 6 jan. 2010.

XAVIER, I. *A Experiência do Cinema: antologia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, Embrafilmes, 1983.



# **O DISCURSO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL: ANÁLISE DE DUAS EMPRESAS PRIVADAS E DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE**

**Juliana Pereira de Paula<sup>1</sup>**

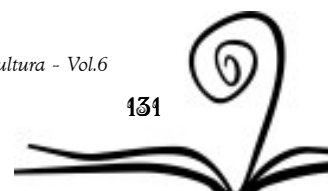
Neste início do século XXI, não só a sociedade brasileira, mas todo o mundo tem ouvido falar em vários novos conceitos, uma parte destes impulsionada pela preocupação com os danos causados por uma empresa à sociedade. Vivemos um tempo de saturação de crises ambientais, demandando a investigação das formas 'de tornar a vida sustentável'.

Neste quadro, temos presente o conceito de responsabilidade social sendo empregado de forma recorrente pelas empresas, sobretudo nos meios de comunicação, como estratégia para amenizar os impactos ambientais cada vez mais evidentes e como divulgação da participação dessas empresas na questão ambiental.

A 'responsabilidade social' serve, no entanto, a um propósito maior do que simplesmente enunciar ações ou nomear práticas. Atualmente, se constitui como ideologia, reunindo ideias, experiências e propostas que impulsionam ações de instituições públicas e privadas na busca de determinados objetivos político-ideológicos (MARTINS, 2007). Como ideologia, podemos afirmar que ainda há margem para muitas interpretações divergentes em torno deste conceito, indicadas pelas próprias empresas, como podemos perceber no trecho seguinte: "Infelizmente, muitos ainda confundem o conceito com filantropia, mas as razões por trás desse paradigma não interessam somente ao bem-

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Laboratório em Biotecnológico em Saúde (2007-2009). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação e co-orientação, respectivamente, dos professores-pesquisadores Carla Macedo Martins (doutora em Linguística), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat), e Jairo Dias de Freitas (doutor em Saúde Pública e Meio Ambiente), do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (Labform). Contato: julianappaula@hotmail.com.



estar social, mas também envolvem melhor performance nos negócios e, conseqüentemente, maior lucratividade” (RESPONSABILIDADE SOCIAL, 2009).

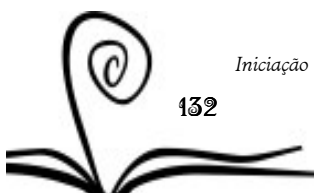
Tal trecho expõe uma problemática central abordada neste trabalho de pesquisa: o confronto discursivo entre conceitos – como filantropia e a própria responsabilidade social – que se propõem a intervir na sociedade. Este confronto indica a pertinência de uma pesquisa sobre tal tema, a fim de se estabelecerem as disputas conceituais e os movimentos ideológico-políticos.

A responsabilidade social se relaciona, em última instância, ao meio ambiente, visando também, além de sua faceta ideológica, à não-escassez de recursos para as empresas. Desta forma, o conceito é alçado a uma escala ampla, podendo ser encarado inclusive como medida que previne riscos futuros à expansão do capital, como impactos ambientais ou processos judiciais.

Assim, há a necessidade de o capital reconhecer a importância do viés ambiental, podendo-se, inclusive, atribuir à ‘responsabilidade socioambiental’ o mesmo valor semântico de ‘responsabilidade social’, conforme se observa na seguinte definição:

Podemos conceituar responsabilidades ambientais como ‘efeitos causados por um agente econômico sobre o meio ambiente que geram obrigações financeiras para este agente no sentido de sua compensação futura’. A existência de responsabilidades ambientais está vinculada à sua obrigação em termos de obrigações financeiras. (TOSTES, 2000, p. 53)

O presente artigo analisa os antecedentes e as disputas em torno dos conceitos de responsabilidade social e socioambiental como resultantes do conflito entre a demanda de determinados setores da sociedade – que julgavam abusivas as ações ambientais de empresas privadas – e as empresas, que passam a apresentar programas deste tipo, como uma mitigação de danos ambientais e um diferencial na conquista de um maior mercado consumidor.



A análise tem dois objetivos: 1) mapear o contexto histórico e social de construção do conceito e das ações de responsabilidade social e socioambiental; 2) analisar as formas discursivas atuais de naturalização do conceito. Para tal, serão considerados documentos produzidos por três instituições que desenvolvem programas desse tipo: uma pública (Fundação Oswaldo Cruz) e duas privadas (Banco Bradesco e Aracruz Celulose<sup>2</sup>).

A escolha não foi aleatória. Deve-se ao fato de se desejar observar as eventuais semelhanças e diferenças do discurso entre: 1) o público e o privado; 2) uma empresa cujos impactos ambientais negativos são amplamente conhecidos (Aracruz Celulose) e uma segunda empresa privada cuja atuação não suscita, supostamente, qualquer impacto ambiental (Bradesco).

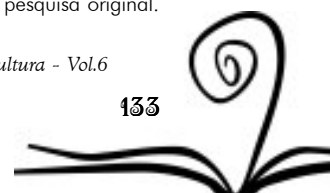
## **FUNDAÇÃO DO DISCURSO SOBRE O MEIO AMBIENTE E A RESPONSABILIDADE SOCIAL**

O conceito de responsabilidade social ainda não ocupa um grande número de linhas em livros didáticos, pois só passou a ter sua atual configuração na década de 1990, na conferência Eco-92. Entretanto, seu uso já é recorrente nos meios de comunicação e a criação de projetos sociais pelas empresas privadas tornou-se comum. Tem-se, assim, a denominada 'responsabilidade social corporativa' como método de intervenção social e estratégia de marketing, na busca incessante do mercado pelo aumento de lucratividade.

Antes da Rio Eco-92, cabe registrar a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente Humano, realizada pela Organização das Nações Unidas em Estocolmo, em 1972, como um marco na questão do desenvolvimento tecnológico e do meio ambiente. Começam a se buscar elementos de mitigação aos efeitos das mudanças climáticas, causadas pela poluição

---

<sup>2</sup> Em 2009, ainda no período de confecção desta pesquisa, a Aracruz Celulose e Papel passou por uma reorganização societária, tendo suas ações incorporadas pela Votorantim Celulose e Papel (VCP). Desde então, o nome da empresa mudou para Fíbria Celulose. Entretanto, ao longo de nosso artigo, manteremos o primeiro nome, por ser o empregado nos documentos analisados na pesquisa original.



do meio ambiente. Foram então estabelecidos 26 princípios contidos na “Declaração sobre o Meio Ambiente Humano”, estipulando ações que, décadas mais tarde, se tornariam metas de negociação.

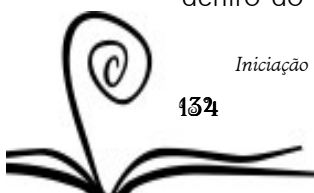
No entanto, a repercussão não foi a esperada, visto que muitos representantes de nações faltaram à conferência e esta acabou não originando uma mudança no tratamento ambiental. Os problemas ambientais continuaram sendo aqueles que aconteciam numa escala local (no quintal de nossas casas, por assim dizer) e estavam geralmente relacionados com a poluição do ar ou com o lixo nas cidades. Ou seja, ainda hoje, a percepção da sociedade, não somente a brasileira, sobre os problemas ambientais tem sido aquela relativa aos impactos sentidos localmente.

Mesmo com a repercussão abaixo do esperado, a conferência foi um primeiro passo importante, inclusive com a elaboração de um documento após seus dez anos, lançado em 1983. Depois de algum tempo de maior intervenção no meio ambiente, mais precisamente no início da década de 1990, percebe-se ainda mais a relevância adquirida pelos impactos ambientais. A afirmação pode ser confirmada pela Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD), realizada entre 3 e 14 de junho de 1992, na cidade do Rio de Janeiro.

A conferência, conhecida também como Rio Eco-92, contou com a presença maciça de inúmeros chefes de Estado, diferentemente da conferência de Estocolmo. Durante esse período, a capital federal do Brasil voltou a ser o Rio de Janeiro, mesmo que temporariamente, denotando a importância do evento. Na Eco-92, foram alcançados consensos e criados conceitos centrais ao discurso ambiental hegemônico, como sustentabilidade, responsabilidade social e, o ainda mais controverso, desenvolvimento responsável/sustentável.

## **EDUCAÇÃO E CRÍTICA AO DISCURSO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL**

A literatura crítica sobre responsabilidade social tem apontado que o interesse por projetos em educação por parte das empresas se justifica dentro do contexto neoliberal. Neste, se pretende reproduzir a ideologia



capitalista que promove a adesão aos valores vigentes. Por esta razão, os estudos na área de educação analisados relacionam a reforma educacional na década de 1990 aos interesses do capital. A responsabilidade social exerceria um papel neste contexto, mediando as intenções do capital e as ações sociais efetivas no campo da educação.

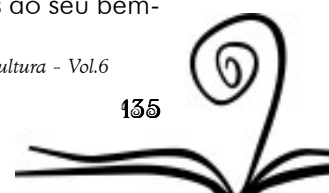
Assim, a reforma educacional brasileira, concretizada em uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), com a elaboração de Parâmetros Curriculares Nacionais, é apontada por Neves (2004, p. 111) como uma das formas pelas quais o capitalismo ganha “a disputa hegemônica nas sociedades urbano-industriais contemporâneas que não mais se caracterizam pela restrição do poder à aparelhagem estatal” que atenderiam aos interesses da burguesia, beneficiária das relações de exploração vigentes, daí se estabelecendo a nova pedagogia da hegemonia.

A autora, a partir de Gramsci, discute, neste contexto, os projetos sociais na área da educação, apontando que estes, na verdade, apenas constituem outra forma de filantropia. Além disso, por ser uma forma hegemônica, gera sujeitos passivos e reprodutores dos modelos de exploração vigentes. O interesse na área da educação seria explicado pelo fato de a escola ser um espaço no qual há a formação de valores, muito propício à sementeira da hegemonia ideológica. A autora mostra como este espaço tem sido satisfatório à implantação e ao aprofundamento do modelo societário neoliberal desde 1980.

Logo, o foco da responsabilidade social na área da educação – entendida em seu sentido mais amplo, ou seja, contemplando o processo formativo ocorrido em sala de aula, assim como as relações humanas vividas – pode ser explicado pela necessidade de corroborar os padrões hoje dominantes de interesse para o capital.

## **HIPÓTESES E PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA ANÁLISE**

A história do homem é caracterizada pela intervenção no meio ambiente, pois desde os primórdios os seres humanos trabalham para modificá-lo e criar condições adequadas não só à sua sobrevivência, mas ao seu bem-



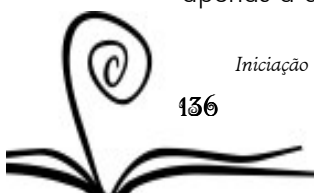
estar. Ou seja, a história social do homem existe por sua intervenção no ambiente, e apenas a ele pode-se chamar de ser social (PINSKY, 1987). Essa busca pelo bem-estar fez com que o homem transformasse a natureza através do trabalho, agindo como se o fim último da natureza fosse servir à humanidade. E foi este finalismo que orientou a maior parte das pesquisas até o século XIX. Entendeu-se o progresso como a capacidade de transformar natureza em cultura e admitiu-se a cidade como um novo ecossistema (MAGNOLI, 2004).

Quando se analisa o discurso das empresas selecionadas quanto à responsabilidade social, podemos observar várias questões. Uma delas diz respeito à sociabilidade humana: o homem é, por definição, um ser social, mas algumas perspectivas veem a sociabilidade como uma questão optativa. Adiantando nossa análise, este é o caso da responsabilidade social: parece que a empresa está fora – aquém ou além – da produção da vida e pode escolher quando participar dela.

Para analisar o discurso da responsabilidade social, optamos por organizar o material em torno das noções ‘tempo’, ‘espaço’ e ‘sociedade’. Nossa hipótese é que a forma como este discurso trabalha tais categorias é central, sobretudo para se pensar a legitimação da sociabilidade a que a responsabilidade social e a socioambiental se vinculam.

Aqui tocamos na relação entre discurso e história, pois, conforme Foucault, “não pode haver enunciado que de uma maneira ou de outra não reatualize outros” (*apud* FAIRCLOUGH, 2001, p. 70). Ou seja, todo discurso pressupõe a existência de uma história (dos conceitos) e necessariamente dialoga com esta história, mesmo que de forma não-intencional. Assim, o sentido da sociabilidade também é construído pelo discurso, inclusive no caso da responsabilidade social: uma tradução e redução das formas de sociabilidade.

Em relação à responsabilidade social nas instituições selecionadas pelo nosso projeto, supomos, portanto, que há uma naturalização do processo de desenvolvimento, como uma força para além do controle da sociedade; esta apenas é regida pelo processo. Assim, a responsabilidade social é uma escolha facultativa à empresa e sua margem de atuação se resume apenas à dimensão de mitigação de danos, na maior parte dos casos.





Para a pesquisa documental, foi utilizada a Internet como fonte, obtendo os textos relevantes ao estudo sobretudo nos *sites* das instituições escolhidas (Fundação Oswaldo Cruz, Aracruz Celulose e Fundação Bradesco). A metodologia adotada no trabalho seguiu a tradição da análise do discurso, a partir da obra de Fairclough (2001). Foram selecionados três documentos em cada instituição escolhida: o “Relatório Anual de Sustentabilidade de 2008”, da empresa Aracruz Celulose; o “Relatório Anual de 2008”, da Fundação Bradesco; e a página de “Responsabilidade Social”, de Farmanguinhos/Fiocruz. Neste material, destacaremos trechos onde possamos identificar disputas de sentido e pressuposições naturalizantes.

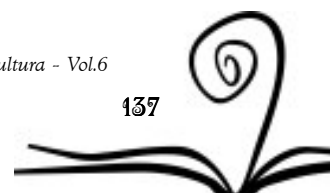
Para Fairclough (2001), a disputa de sentido ocorre quando se cita uma definição para logo depois corrigi-la. Também pode se evidenciar pela citação de outras fontes para sustentar o conceito. Por fim, a disputa de sentido pode ser identificada também quando um texto define algo por aquilo que ‘não’ é.

Para o mesmo autor, as pressuposições são

proposições que são tomadas pelo(a) produtor(a) do texto como já estabelecidas ou dadas. Em muitos casos de pressuposição, o ‘outro texto’ não é um outro texto especificado ou identificável, mas um ‘texto’ mais nebuloso, correspondendo à opinião geral (o que as pessoas tendem a dizer, experiência textual acumulada). (FAIRCLOUGH, 2001, p. 135)

O autor conclui afirmando que “as pressuposições são formas efetivas de manipular as pessoas, porque elas são freqüentemente difíceis de desafiar” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 135). Ou seja, a pressuposição é uma mensagem implícita ao texto, supondo uma determinada lógica de pensamento que orientará a interpretação feita pelo leitor.

Como disputa de sentido no material analisado, podemos destacar dois trechos, selecionados no “Relatório Anual de Sustentabilidade”, referente ao ano de 2008, da empresa Aracruz Celulose. No trecho a seguir, percebe-se uma disputa de sentido acerca do ‘estilo de relacionamento’, confrontando o modelo de diálogo existente e oferecendo um novo sentido:



Em 2008, avançamos na construção de um modelo de diálogo e engajamento com as comunidades vizinhas que leva em consideração as características e demandas próprias de cada região e a forma como nossas atividades afetam suas realidades. Esse modelo já está sendo implementado e vem nos ajudando a corrigir e aperfeiçoar nosso estilo de relacionamento, substituindo as ações assistencialistas por projetos sustentáveis, que buscam a convergência das necessidades das comunidades com as competências da Empresa, especialmente na área florestal. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

Ainda neste trecho, pode ser percebida uma autocrítica da empresa às suas próprias práticas, mas esta só é feita após já haver uma alternativa ao problema. Ou seja, a empresa insiste em uma postura infalível, apontando seus erros como pequenos. Pequenos a ponto de só a empresa poder percebê-los. Mas, ainda assim, esta insistiria em repará-los, por conta de seu compromisso com a sociedade.

Outro trecho que apresenta a disputa de sentido, ainda no mesmo relatório, é: “O aquecimento global deixou de ser somente preocupação de ambientalistas e tornou-se pauta também em reuniões de cunho socioeconômico e de planejamento estratégico para empresas e países” (ARACRUZ CELULOSE, 2008). Um trecho potencialmente irônico, uma vez que a causa dominante do aquecimento global tem sido a queima dos combustíveis fósseis à base de carbono (PEARCE, 2002, p. 17). Não devemos esquecer que são os mesmos combustíveis que garantem o funcionamento de carros e máquinas a serviço da empresa.

Quanto às pressuposições, nota-se que os relatórios optam por um discurso que parece fazer referência a outras informações que o leitor já conheceria, inclusive utilizando o vocabulário recorrentemente usado em publicações do tipo. Estas estratégias contribuem para uma legitimação do conceito em questão<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Estas estratégias compõem aquilo que em análise do discurso é chamado de ‘intertextualidade’ (FAIRCLOUGH, 2001).



Vejamos o trecho a seguir:

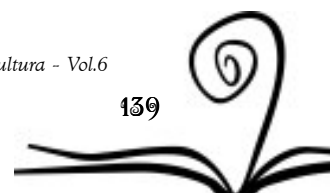
Para a implementação dessa estratégia, um novo modelo de gestão de biodiversidade foi estruturado em onze áreas de atividades, abordando as temáticas biológicas e sociais de forma integrada, com foco no manejo da paisagem; na restauração e proteção de ambientes naturais, com ênfase em Áreas de Alto Valor de Conservação (AAVC); no estudo, monitoramento e uso sustentável da biodiversidade; e na relação da empresa com as comunidades do entorno – incluindo atividades de educação e outras iniciativas na área de responsabilidade socioambiental, sendo a abrangência das ações aplicável tanto aos limites atuais do empreendimento quanto às áreas de expansão. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

Para quem não está acostumado com os jargões de empresas é difícil entender o que são as AAVC e, em nenhum momento, o relatório se dispõe a explicar o que torna essas áreas mais ‘valiosas’ do que todas as outras. É também possível perceber que já havia um antigo modelo de gestão de biodiversidade, mas não é possível saber como o mesmo funcionava, uma vez que se fala que uma das áreas de atividade diria respeito à restauração de ambientes naturais, o que dá margem a se entender que o antigo plano ficava a desejar neste aspecto.

Em última instância, a pressuposição fundamental do texto diz respeito ao próprio conceito da responsabilidade social. A pressuposição-base do texto é, portanto, ‘existe uma área de responsabilidade socioambiental’.

## **ANÁLISE DO TEMPO, ESPAÇO E RELAÇÕES SOCIAIS NO DISCURSO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL**

Como conceitos que criam o discurso sobre responsabilidade social, foram identificados os seguintes: ‘ambiente’, ‘entorno’, ‘local/global’, ‘permanente’, ‘visão’, ‘busca’, ‘manutenção’ (mais encontrado na forma verbal ‘manter’), ‘clientes’, ‘compromisso’, ‘comunidade’, ‘diálogo’ (e seus adjetivos), ‘cidadania’ (idem), ‘ética’, ‘fornecedores’, ‘funcionários’, ‘líderes’, ‘responsabilidade’, ‘transparência’, ‘social’ e ‘sociedade’.



A recorrência destes conceitos nas dimensões supracitadas evidencia uma busca de legitimação do discurso sobre responsabilidade social, localizando-os em um tempo, um espaço e uma sociedade. Assim, esses conceitos podem ser agrupados em três dimensões principais: espaço, tempo e relações sociais. Gostaríamos de observar, entretanto, que essas três dimensões são complementares. Portanto, a separação tem caráter meramente expositivo, para tornar nossa análise mais clara.

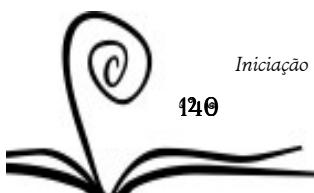
Quanto à questão espacial, temos o 'ambiente', o 'entorno', o 'local' e o 'global' entre os conceitos mais empregados; na dimensão temporal, consideramos 'visão', 'busca' e 'manutenção'; e finalmente na dimensão das relações sociais, agrupamos 'clientes', 'compromisso', 'comunidade', 'diálogo', 'cidadania', 'ética e transparência', 'funcionários', 'líderes', 'responsabilidade social' e 'sociedade'.

Iniciaremos a análise pela dimensão espacial. A seguir, apresentamos exemplos da ocorrência das palavras relacionadas nesta dimensão. Visando a melhorar a leitura, os exemplos virão na seguinte ordem: o primeiro fragmento será retirado do "Relatório Anual de 2008" da Fundação Bradesco; o segundo será extraído do "Relatório Anual de Sustentabilidade de 2008", da Aracruz Celulose; e, por último, o terceiro fragmento será extraído da página de "Responsabilidade Social" da instituição Farmanguinhos/Fiocruz.

1 – Compromisso com os funcionários e colaboradores, a partir da criação de um ambiente de trabalho saudável, com oportunidades de crescimento profissional e promoção pessoal e formação continuada. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – O compromisso com a sustentabilidade é, portanto, um bem de raiz da Empresa e significa produzir celulose a partir de florestas plantadas, respeitando o meio ambiente e considerando as comunidades vizinhas como suas parceiras. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – A atuação social da Fundação Oswaldo Cruz e Farmanguinhos se guia numa proposta de saúde pública voltada para uma visão integral do homem, como um ser que vive em sociedade e no ambiente, condicionado por circunstâncias econômicas, sociais e culturais. (FARMANGUINHOS, 2009)



Por um lado, percebe-se que, no discurso da empresa Aracruz Celulose, uma fabricante de derivados da celulose, tem-se o emprego da palavra 'ambiente' em um sentido associado à natureza ('florestas'). No texto da Fundação Oswaldo Cruz, por outro lado, que tem sua sede em espaços urbanos, se comenta sobre o ambiente considerando-o na sua relação com o homem. Já no relatório da Fundação Bradesco, percebe-se a referência ao ambiente como o espaço profissional mais imediato.

1 – Compromisso com o meio ambiente, por meio de atividades e práticas que educam alunos e comunidades para uma compreensão dos problemas ambientais do seu entorno e para uma mudança de atitudes que podem fazer a diferença em favor de uma relação mais equilibrada com o Planeta. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

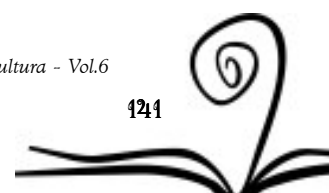
2 – O exercício desse compromisso vem acompanhado de mais vigilância e cobrança da sociedade e de maiores responsabilidades pelo bem-estar das comunidades e pela qualidade ambiental no entorno de nossas fábricas associados a nossas operações. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – O evento conta com colaboração de voluntários, de Farmanguinhos e das instituições parceiras e resulta na integração de Farmanguinhos com as indústrias do entorno e com a comunidade local. (FARMANGUINHOS, 2009)

A existência do entorno é uma unanimidade entre as três empresas analisadas, o que vem a corroborar o distanciamento já apresentado por uma delas quando se fala de ambiente, marcando discursivamente uma suposta cisão entre produção e sociedade. Pode-se entender, inclusive, essa suposta cisão como um dos preceitos da prática de responsabilidade social. Quando uma empresa assume um papel de socialmente responsável, se põe em uma posição hierarquicamente superior à das pessoas ajudadas.

1 – Aumento da consciência acerca da sustentabilidade: gerar o entendimento, mobilização local, nacional e global pelo desenvolvimento sustentável. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Como resultado, a Votorantim Celulose e Papel irá possuir uma parcela de 96,5% do capital votante da Aracruz, possibilitando a criação de uma empresa brasileira líder global em papel e celulose. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)



Ele diz que as empresas prometem que vão usar mão-de-obra local, mas acabam trazendo muita mão-de-obra de fora. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – Com uma visão global, mas sempre atenta às necessidades locais (...). (FARMANGUINHOS, 2009)

A dicotomia entre global e local é evidente, em todos os documentos. Ao mesmo tempo que são percebidas expressões como crescimento global, relacionadas à área de influência da empresa, são feitas citações que apontam benefícios, na maioria das vezes, evidenciando a valorização da atuação das instituições nos dois âmbitos. No entanto, há também problemas ocorridos em determinadas sociedades causados por determinada instituição. Tal dicotomia torna possível perceber a naturalização do discurso de valorização do progresso, como um bem em si, em nível global, naturalizando-se também que às vezes malefícios possam ocorrer, a um ou outro setor da sociedade, mas que se deve escolher entre o que representaria o bem maior. Ou seja, ao mesmo tempo que somos levados a acreditar que há igual preocupação na atuação nos dois âmbitos, afirma-se a subordinação do local ao 'econômico'.

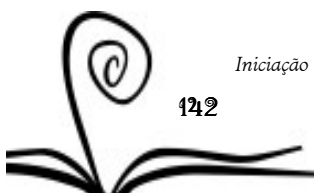
Após a análise da dimensão espacial, voltemo-nos, então, para a análise da incidência de conceitos relacionados à dimensão temporal.

1 – A ênfase na noção de interdependência e no respeito à diversidade, dois pilares do conceito de sustentabilidade, contribui para reforçar uma visão de mundo cidadã que orientará as relações dentro e fora da escola. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Ele é pressuposto para um empreendimento que obtém da terra a matéria-prima para seu produto e trabalha necessariamente com visão de longo prazo. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – A atuação social da Fundação Oswaldo Cruz e Farmanguinhos se guia numa proposta de saúde pública voltada para uma visão integral do homem. (FARMANGUINHOS, 2009)

O conceito de 'visão', em sua colocação discursiva, estaria relacionado à ideia de construção de um projeto futuro por parte da instituição. Corrobora também a posição de seriedade da mesma, uma vez que assegura a



intenção de se dar continuidade ao projeto, o que tornaria a população mais confiante nas ações de responsabilidade social.

1 – Nesse esforço, a tecnologia tem sido meio fundamental para inovar nos processos, dentro e fora da sala de aula, em busca permanente dos mais elevados padrões de qualidade e excelência. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

Não por outro motivo, em linha com as melhores práticas de mercado, investe, em média, 5% de seu orçamento em recursos tecnológicos tanto para melhorar os processos educacionais quanto para manter uma posição de destaque em pesquisa e desenvolvimento de modelos mais eficazes de ensino-aprendizagem. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Esse modelo já está sendo implementado e vem nos ajudando a corrigir e aperfeiçoar nosso estilo de relacionamento, substituindo as ações assistencialistas por projetos sustentáveis, que buscam a convergência das necessidades das comunidades com as competências da Empresa, especialmente na área florestal. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

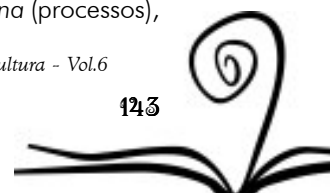
A Aracruz mantém um canal de comunicações anônimas administrado por empresa independente, com total garantia de sigilo. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – (...) Farmanguinhos busca, através de projetos sociais, cumprir seu compromisso com a responsabilidade social. O Instituto mantém diálogo permanente com líderes comunitários do entorno e investe em projetos que geram benefícios. (FARMANGUINHOS, 2009)

Há dicotomia semelhante à de global/local entre os verbos ‘buscar’ e ‘manter’, uma vez que expressam ideias distintas. A ‘manutenção’ daria a noção de satisfação com o modelo vigente, enquanto a busca deixaria entrever em qual aspecto a instituição sente a necessidade de melhorar.

E, por último, dediquemo-nos à dimensão que concentrou o maior número de termos: a das relações sociais.

1 – Baseado na metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC), o PGE alinha a estratégia em termos operacionais (mapas estratégicos, medidas e planos de ação específicos), convertendo-a em processo contínuo e tarefa de todos, a partir de quatro frentes: do *Cliente* (valores a serem entregues), *Interna* (processos),



do *Aprendizado e Inovação* (tecnologias, competências e cultura) e *Financeira* (orçamentos, responsabilidade fiscal e legal). (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008, grifos nossos)

2 – Com a gestão por processos, é possível ter uma definição clara dos responsáveis pelos processos; dos fornecedores e clientes e seus respectivos requisitos; definição e monitoramento de indicadores e metas; desenho detalhado dos processos (mapas) com as atividades, setores e cargos envolvidos e sua inter-relação com outros processos da Empresa, e a compreensão do papel de cada um em relação à estratégia. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

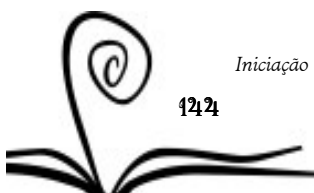
3 – Farmanguinhos não só cumpre suas obrigações legais, mas tem por premissa relações éticas e transparentes, e assim ganha condições de manter o melhor relacionamento com parceiros e fornecedores, clientes, funcionários, governo e sociedade. (FARMANGUINHOS, 2009)

O termo 'clientes' também está presente no discurso das três empresas selecionadas, o que é esperado no caso das duas empresas privadas. No entanto, choca em um primeiro momento quando encontrado no discurso de uma instituição pública. A incidência do termo, estranho à primeira vista, pode ser explicada pelo fato de Farmanguinhos fabricar medicamentos e fornecê-los aos hospitais do Sistema Único de Saúde, recebendo capital por isso. Mas é importante destacar como as relações capitalistas estão naturalizadas, mesmo que em âmbito governamental.

1 – Compromisso com a diversidade, por meio de atividades que visam estimular nos alunos e nas comunidades o respeito às diferenças como principal instrumento para a construção de uma sociedade mais tolerante, solidária, democrática e cidadã. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – A Veracel foi criada com o compromisso de ser referência mundial em sustentabilidade e empenha-se em manter um diálogo permanente com todos os seus públicos estratégicos. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – Com uma visão global, mas sempre atenta às necessidades locais, Farmanguinhos busca, através de projetos sociais, cumprir seu compromisso com a responsabilidade social. (FARMANGUINHOS, 2009)





'Compromisso' é outro conceito recorrente. A todo momento, é afirmada a existência de um compromisso. E tal compromisso sempre é com algum conceito já dado como certo, seja 'a responsabilidade social', 'as questões socioambientais' ou 'a sustentabilidade'. Como se tais conceitos já fossem legitimados e muito claros ao conhecimento da população, de forma que se isentam de explicá-los, legitimando o discurso:

1 – Foi com base nessa crença que Amador Aguiar criou, há 52 anos, uma fundação empresarial para educar pessoas capazes de transformar a sua própria vida, a vida de suas comunidades e a do País. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Como resultado desse trabalho, as seis questões identificadas como mais materiais para a Aracruz são a certificação pelo Forest Stewardship Council (FSC), governança corporativa, o impacto das plantações na biodiversidade, o impacto das plantações nas comunidades, o relacionamento com comunidades indígenas e o suprimento de madeira de terceiros. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – A instituição incorporou à sua missão o compromisso social, visando consolidar a excelência da empresa no campo da cidadania empresarial, comprometendo-se em combater a pobreza e a promover a cidadania através do fortalecimento das organizações sociais que cooperam com o protagonismo das comunidades no processo de desenvolvimento local. (FARMANGUINHOS, 2009)

As comunidades também integram o vocabulário das empresas, como atores sociais participantes desse jogo de poder, mas como entidades passivas. Ou seja, não são ativas nas relações, mas apenas servem como algo a ser mudado, impactado ou ajudado, esvaziando sua autonomia de mudança do contexto social.

1 – Nesse esforço, valoriza os espaços de diálogo, respeita as diferentes formas de cultura e estimula os alunos a elaborarem o conhecimento a partir de sua realidade local sem, no entanto, deixar de lado a conexão com o global, tão necessária no mundo interconectado em que vivemos. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – No plano social, iniciamos um novo modelo de diálogo e engajamento com as comunidades vizinhas aos nossos plantios



florestais, bem como a revisão dos projetos socioambientais próprios. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – O Instituto mantém diálogo permanente com líderes comunitários do entorno e investe em projetos que geram benefícios. (FARMANGUINHOS, 2009)

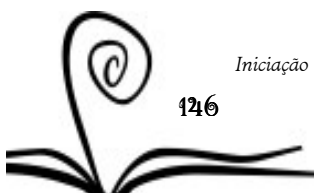
Percebe-se nos trechos acima a percepção do diálogo como recurso operacional, uma vez que tenha de ser estabelecido em determinado espaço, seguindo modelos pré-determinados. É que devam ocorrer com frequência 'x' ou 'y'. Tanta burocratização só vem corroborar o afastamento da empresa em relação àqueles que são alvo de seus programas de responsabilidade social.

1 – Do ensino infantil ao fundamental e médio, assim como na educação profissional de jovens e adultos, os alunos da Fundação Bradesco são preparados para dominar habilidades técnicas como leitura, escrita e cálculo, além de desenvolver o pensamento crítico e o efetivo exercício da cidadania, atributos necessários em um mundo em constante transformação. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Entre as "50 Melhores Empresas em Cidadania Corporativa", em pesquisa realizada pela Gestão & RH Editora, entre as 1.000 maiores e melhores empresas brasileiras. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – A instituição incorporou à sua missão o compromisso social, visando consolidar a excelência da empresa no campo da cidadania empresarial, comprometendo-se em combater a pobreza e a promover a cidadania através do fortalecimento das organizações sociais que cooperam com o protagonismo das comunidades no processo de desenvolvimento local." (FARMANGUINHOS, 2009)

São percebidos vários adjetivos vinculados ao substantivo 'cidadania', como se o termo apresentasse vários níveis de cidadania. Mas há a contradição inerente à própria expressão, pois, pelo certo, a garantia deveria ser assegurada pelo governo, a cada indivíduo, e não precisar de intermediários como empresas. Destaca-se também que nesse discurso há a legitimação por parte das empresas dessa posição, podendo-se entender também como uma forma de assumir tal poder.



1 – Compromisso com a ética e a transparência, a partir de uma gestão eficaz dos recursos, auditada publicamente, e compromissada com os impactos efetivos dos programas na melhoria da qualidade de vida de indivíduos e comunidades. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – O Bureau Veritas Certification implantou um Código de Ética em toda a organização para manter altos padrões éticos de seus profissionais nas atividades empresariais. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

Os princípios que orientam o modelo de governança corporativa são transparência, clara definição de funções, independência da administração, equidade de tratamento aos acionistas e prestação de contas. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

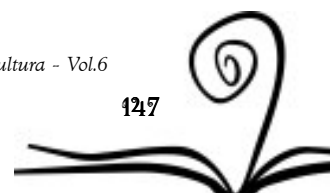
3 – Farmanguinhos não só cumpre suas obrigações legais, mas tem por premissa relações éticas e transparentes, e assim ganha condições de manter o melhor relacionamento com parceiros e fornecedores, clientes, funcionários, governo e sociedade. (FARMANGUINHOS, 2009)

‘Ética’ e ‘transparência’ são conceitos recorrentemente empregados juntos, sendo a transparência geralmente deixada em segundo plano, submetida à ética, muitas vezes como mera coadjuvante, e muitas vezes transmitindo a ideia de que não basta cumprir as normas necessárias, mas é essencial permitir que todos ‘vejam’ isso. A transparência é essencial à existência da ética, e vice-versa. Não há o que mostrar se não for ético, mas a ética por si só não basta para cativar a confiança da população.

1 – Compromisso com os funcionários e colaboradores, a partir da criação de um ambiente de trabalho saudável, com oportunidades de crescimento profissional e promoção pessoal e formação continuada. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Diferentemente do ano anterior, desta vez o método abrangeu uma série de entrevistas com partes interessadas dos grupos: Investidores, Clientes, Fornecedores, ONGs e Funcionários. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – (...) e assim ganha condições de manter o melhor relacionamento com parceiros e fornecedores, clientes, funcionários, governo e sociedade. (FARMANGUINHOS, 2009)



Os funcionários são vistos como um grupo à parte, estando no intermediário entre a empresa e a 'comunidade'. Isso faz com que sejam responsáveis por prestar o serviço e passar uma imagem positiva da empresa. Ao mesmo tempo, eles têm de ser beneficiados para passar tal imagem, uma vez que não dispõem da mesma condição financeira dos donos da empresa. Tal esforço se traduz nas 'oportunidades de crescimento' oferecidas ao funcionário, para que o mesmo sempre se esforce mais e mais em nome da empresa, fazendo com que a mesma cresça.

1 – Desenvolvendo futuros líderes sustentáveis. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Também fazem parte das atividades programas de orientação a estudantes na constituição e gerenciamento de uma empresa, no desenvolvimento de líderes comunitários e de estímulo ao interesse pelo mundo dos negócios. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – O Instituto mantém diálogo permanente com líderes comunitários do entorno e investe em projetos que geram benefícios. (FARMANGUINHOS, 2009)

O termo 'líderes' denota a necessidade de mais um intermediador, evidenciando novamente o distanciamento que a empresa assume frente à comunidade. No entanto, maior gravidade ocorre quando as mesmas empresas assumem a responsabilidade pela formação desses líderes ou quando usam o termo adotado denotando a prática produtiva do 'desenvolvimento', criando um discurso de que a liderança pode ser desenvolvida e que não mais é uma característica inerente a determinados indivíduos. Padroniza-se o pensamento capitalista de que tudo pode ser desenvolvido, exceto o próprio desenvolvimento.

1 – Menção Honrosa, na Modalidade Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social, pela qualidade e destaque do trabalho desenvolvido. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Obter resultados consistentes em bases sustentáveis exige humildade e disposição para o diálogo, responsabilidade no uso dos recursos naturais e lucratividade. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

O Sistema de Gestão Integrado adotado pela Empresa contempla requisitos de gestão ambiental e social, entre outros. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)



3 – Com uma visão global, mas sempre atenta às necessidades locais, Farmanguinhos busca, através de projetos sociais, cumprir seu compromisso com a responsabilidade social. (FARMANGUINHOS, 2009)

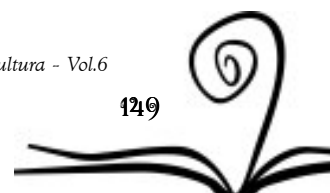
A responsabilidade social é o tema deste trabalho, então, mais do que nunca, sua análise se faz necessária. No entanto, os trechos encontrados não nos fornecem informação, uma vez que é utilizado o mecanismo de pressuposição. É possível perceber que não é explicado o que é responsabilidade social nem nesses trechos, nem em todo o resto do documento. Isso ocorre por ser uma forma mais fácil de validar o discurso, aceitando o conceito como existente. Ao empregar o conceito 'responsabilidade social' e não tentar explicá-lo, a empresa se isenta da responsabilidade de dar definições que possam ser confrontadas (o que não quer dizer que este confronto não possa ocorrer).

1 – Compromisso com as políticas públicas que interessam ao conjunto da sociedade, interagindo com os governos, nos três níveis, e colocando à disposição deles, para benefício público, o seu conhecimento, seus modelos e produtos educacionais. (FUNDAÇÃO BRADESCO, 2008)

2 – Assim é também com as organizações, que, cada vez mais, precisam dialogar e relacionar-se com a sociedade, considerando suas peculiaridades e culturas. (ARACRUZ CELULOSE, 2008)

3 – Farmanguinhos não só cumpre suas obrigações legais, mas tem por premissa relações éticas e transparentes, e assim ganha condições de manter o melhor relacionamento com parceiros e fornecedores, clientes, funcionários, governo e sociedade. (FARMANGUINHOS, 2009)

Pelo discurso, é possível perceber que a empresa também se posiciona fora da sociedade. Tal esforço se assemelha a uma busca pela onisciência, estar em todos lugares (ou não estar em lugar algum), influenciar a todos, sem se restringir a um plano físico. E é desnecessário indicar ao leitor como é impossível, na realidade, se posicionar de tal forma, uma vez que tais instituições são feitas da ação humana.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, analisamos os conceitos de responsabilidade social e de responsabilidade socioambiental, indicando como estes começam a surgir em 1972, durante a Conferência Mundial pelo Meio Ambiente Humano, realizada pela Organização das Nações Unidas, em Estocolmo. Das primeiras definições como uma 'busca pela mitigação dos efeitos das mudanças climáticas' até alcançar a noção de 'forma de gestão', nos termos do Instituto Ethos, desenvolveu-se um discurso sobre responsabilidade social que afirmou o próprio conceito e sua relação com as formas de sociabilidade no capitalismo.

No percurso, consideramos documentos provenientes de empresas renomadas, como Aracruz Celulose e Fundação Bradesco, e uma importante instituição pública de saúde (Fiocruz/Farmanguinhos). Tomamos como referencial teórico-metodológico a análise de discurso para considerar as formas ideológicas de construção do conceito e identificar pressuposições e disputas de sentido. A análise discursiva revelou que o discurso da responsabilidade social se organiza pela naturalização do humano a partir de três componentes: tempo, espaço e relações sociais.

Tais elementos contribuem para a legitimação do conceito e, portanto, para a afirmação da sociabilidade no capital. Assim, para além de uma questão linguística, o conceito é alçado a constituinte político.

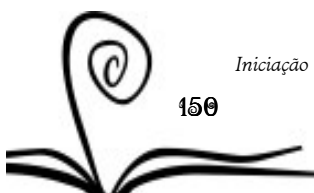
## REFERÊNCIAS

ARACRUZ CELULOSE. Disponível em: <[www.aracruz.com.br/show\\_arz.do?act=stcNews&menu=true&lastRoot=8&id=18&lang=1](http://www.aracruz.com.br/show_arz.do?act=stcNews&menu=true&lastRoot=8&id=18&lang=1)>. Acesso em: 6 jun. 2009.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e Mudança Social*. Brasília: UnB, 2001.

FARMANGUINHOS. Disponível em: <[www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com\\_content&view=article&id=60&Itemid=28](http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=28)>. Acesso em: 6 jun. 2009.

FUNDAÇÃO BRADESCO. Disponível em: <[www.fb.org.br/institucional](http://www.fb.org.br/institucional)>. Acesso em: 6 jun. 2009.



MAGNOLI, D. *Projeto de Ensino de Geografia: natureza, tecnologias, sociedades, geografia geral*. São Paulo: Moderna, 2004.

MARTINS, A. *Burguesia e a Nova Sociabilidade: estratégias para educar o consenso no Brasil contemporâneo*. Tese de Doutorado. Niterói: Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, 2007.

NEVES, L. M. W. *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2004.

PEARCE, F. *O Aquecimento Global: causas e efeitos de um mundo mais quente*. São Paulo: Publifolha, 2002.

PINSKY, J. *As Primeiras Civilizações*. São Paulo: Contexto, 1987.

RESPONSABILIDADE SOCIAL. Disponível em: <<http://www.responsabilidade-social.com/>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

TOSTES, M. As responsabilidades ambientais e o seu gerenciamento. In HERCULANO, S. (org). *Meio ambiente: questões ambientais*. Niterói: UFF/PGCA, 2000.







# **O PODER E A PRODUÇÃO DO SUJEITO NORMAL: UMA ANÁLISE DO FILME LARANJA MECÂNICA**

**Karen Oliveira Santos<sup>1</sup>**

Ora, o que é o cinema clássico narrativo senão uma grande coleção de lições de vida? (...) A dupla relação de projeção e identificação constrói no espectador a idéia de quem ele gostaria de ser, o que deve fazer para sê-lo e o que não deve fazer para não se tornar um marginal. (BREA, 2006, p. 5)

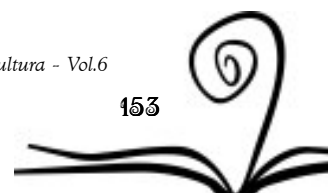
O cinema é uma grande indústria de produção de subjetividades, de produção de sujeitos normais/anormais, assim como todo o discurso da mídia. Falar de um filme é um bom caminho para falar da produção de sujeitos na sociedade contemporânea, marcada pelo acesso de grande parte da sociedade à informação, seja por meio do cinema, da televisão, dos jornais, dos *outdoors*.

Para a produção desses sujeitos, a indústria cinematográfica contemporânea utiliza-se do simulacro, criando uma nova realidade, noção que se opõe à ideia do cinema como representação do real. A falsidade de um cinema do simulacro tem o poder de fazer com que o espectador se envolva com aquela realidade, se identifique com os personagens e se deixe levar pela história. Os clichês cinematográficos produzem os mocinhos e os vilões, o bom e o ruim, o feio e o bonito. Esses critérios são levados para fora da sala de projeção, para a nossa realidade.

O cinema que reconhece as potências do falso, de enganar, de criar uma verdade ao invés de se definir como janela de acesso ao mundo é um cinema que se assume enquanto próprio real

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Gestão em Serviços de Saúde (2007-2009). Atualmente, cursa Psicologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Grasielle Nespoli (mestre em Saúde Coletiva), do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (Nuted). Contato: karen.oliveira@gmail.com.



(...). É um cinema que cria conceitos, que se livrou das amarras da narração e se tornou um pensamento em imagens. (CAMPOS, 2008, p. 15)

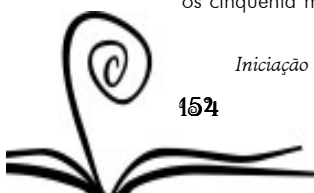
*Laranja Mecânica*, do produtor Stanley Kubrick<sup>2</sup>, conta a história do jovem Alex que, condenado a 14 anos de prisão, aceita se submeter a uma técnica chamada Ludovico, produzida pela articulação entre o saber médico e judiciário. Esta técnica prometia acabar com a índole criminosa, transformando cidadãos transgressores em máquinas incapazes de realizar atos violentos. Com esse objetivo, o tratamento consiste na transmissão de filmes violentos ao paciente usando uma camisa de força, com os olhos presos por grampos, de modo que estivesse sempre olhando para a tela. Os filmes que compõem o tratamento, por serem discursos, enunciam verdades. Neste caso, enunciam, especificamente, um modo de ser que Alex deveria repugnar. Para isso, os atos violentos são associados aos momentos desconfortáveis que Alex passou na sala de projeção: bastaria pensar nesses atos, para que a dor e o enjoo insuportáveis o fizessem mudar de pensamentos e atitude.

*Laranja Mecânica* exerce sobre nós uma força, assim como os filmes do tratamento Ludovico afetam Alex. Por nos afetar, procuramos dominá-lo e conhecê-lo mais profundamente por meio da realização deste trabalho – uma vez que a pesquisa também é uma relação de poder, do sujeito em relação ao objeto da investigação.

Para sustentar a análise do filme, o pensamento de Foucault nos parece o mais apropriado por abordar os “diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos” (FOUCAULT, 1995, p. 231). Sujeito no sentido de sujeição, seja a alguém, por controle e dependência, seja a sua própria identidade, por uma consciência ou autoconhecimento (FOUCAULT, 1995, p. 235). Um dos modos de produção dos sujeitos na sociedade moderna se dá por meio de discursos organizados na articulação entre poder e saber. E é exatamente isso que ocorre em *Laranja Mecânica*: a articulação entre o Poder Judiciário e o saber médico profere um discurso,

---

<sup>2</sup> Stanley Kubrick (1928-1999), mesmo diretor de *2001: Uma Odisseia no Espaço* (1968), *O Iluminado* (1980) e *Lolita* (1962). Seus filmes *Laranja Mecânica* (1971), *2001* e *Dr. Fantástico* (1964) estão entre os cinquenta melhores filmes de todos os tempos, de acordo com o *American Film Institute*.



por meio da linguagem cinematográfica, que incide na produção de um sujeito Alex 'normal'. A partir de 'práticas divisoras', isto é, da separação entre o normal e o anormal, o sadio e o doente, é possível transformar os seres humanos em sujeitos.

Alex, monstro moral de *Laranja Mecânica*, precisa ser domado, controlado e normatizado. É o homem da ultraviolência, que deve ser tratado para novamente viver em sociedade. Assim, *Laranja Mecânica* aborda, em uma perspectiva foucaultiana, a produção do sujeito normal/anormal. Tal produção, atravessada por relações de poder-saber, surge do desejo de dominar o Alex que ocupa o lugar do sujeito anormal, do delinquente, do criminoso que, com seus 'irmãos', viola as leis sociais e produz a ultraviolência.

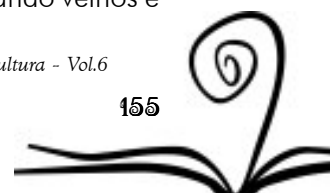
Analisar um filme é "decompô-lo em seus elementos constitutivos. É despedaçar, descosturar, desunir, extrair, separar, destacar e denominar materiais que não se percebem isoladamente 'a olho nu'(...)" (VANOYE & GOLIOT-LÉTÉ, 1994, p. 15). Para realizar nossos objetivos, foram selecionadas 'cenas-objeto' e analisadas questões: 1) estéticas, como cores, cenário, vestuário dos personagens; 2) técnicas, como plano, enquadramento, movimentação da câmera; 3) conceituais, como aspectos relacionados à temática abordada por Foucault, os mecanismos de poder operados na sociedade moderna.

## **ALEX, O HOMEM ULTRAVIOLENTO**

Empreendedor, agressivo, franco, jovem, corajoso, perverso.  
(Ministro do Interior, sobre Alex)

### **A sociedade: os drugues e a ultraviolência**

Em uma Inglaterra situada em um futuro incerto e caótico, vive Alex, protagonista de *Laranja Mecânica*. Alex é um adolescente cujas grandes paixões são sexo, drogas, Beethoven e ultraviolência. Na primeira parte do filme, Alex descreve sua saga pelas noites de Londres, espancando velhos e



estuprando mulheres junto com sua gangue – seus ‘drugues’<sup>3</sup>. É o homem da ultraviolência: a violência extrema, praticada sem justificativa.

Alex nos é apresentado em *close*<sup>4</sup>, um recurso que faz com que ele transmita uma imagem de superioridade e liderança. Com o *close*, o cenário é praticamente eliminado e as expressões do personagem ocupam a tela, ficando nítidas para o espectador. Esse recurso, combinado à narração em primeira pessoa, nos mostra, de início, sob qual perspectiva a história será contada: *Laranja Mecânica* é a autobiografia de Alex, que é, por sua vez, o narrador da história, agressor e vítima, violador e violado. É segundo a visão dele que a história nos é mostrada/contada. Essa característica atribui subjetividade ao filme, que não representa uma realidade na qual as coisas acontecem, mas sim a visão de mundo segundo o protagonista, que olha diretamente para as lentes da câmera; e é o único que faz isso.

O plano fixo dessa cena é o *close* de Alex. Nos demais planos, o distanciamento da câmera por meio do *travelling*<sup>5</sup> nos mostra seu mundo: seus amigos (os drugues) e o bar que eles frequentam, a leiteria Korova. E esse mundo é distorcido e psicodélico, apresentando um cenário que nos deslumbra e atordoa: as mesas do bar são esculturas de mulheres nuas, o leite que os amigos tomam sai dos seios de outra escultura e, nas paredes, podemos ver em letras tortas o nome do bar e das drogas. O cenário, as roupas que os amigos usam, a ideia do bar, tudo é construído de uma maneira muito distante da realidade com a qual estamos acostumados. Mas isso é compreensível, uma vez que estamos vendo esse mundo segundo um jovem que começa sua noite tomando um leite ao qual são adicionadas drogas sintéticas, o “leite-com-tudo-e-mais-alguma-coisa”<sup>6</sup>. As drogas se

<sup>3</sup> Essa palavra, assim como as outras listadas no glossário, fazem parte de uma linguagem inventada por Anthony Burgess, autor do livro homônimo *Laranja Mecânica* (1962). Essa linguagem, chamada ‘Nadsat’, é baseada na língua russa e no *cockney*, linguajar da classe operária britânica. Burgess teve a ideia de criar essa linguagem para a gangue de Alex inspirado nos *Mods* e nos *Rockers*, duas tribos rivais na Inglaterra.

<sup>4</sup> *Close*: é o plano enquadrado de uma maneira muito próxima do assunto. A figura humana é enquadrada do ombro para cima, mostrando apenas o rosto do ator ou da atriz.

<sup>5</sup> *Travelling*: a câmera é movida sobre um carrinho (ou qualquer suporte móvel) em um eixo horizontal e paralelo ao movimento do objeto filmado. Este acompanhamento pode ser lateral ou frontal, neste último caso podendo ser de aproximação ou de afastamento.

<sup>6</sup> Conforme enunciado no livro de Burgess (1962, p. 3).



combinam ao leite, em uma mistura interessante que pode representar a adolescência, o intermediário, o espaço entre o ser criança e o ser adulto, entre a amamentação e a possibilidade de descoberta do mundo do sexo e das drogas.

A primeira cena do filme ilustra bem uma das características da sociedade em que vive Alex: a presença marcante dos elementos fálicos nas roupas dele e de seus drugues, na máscara da cena da casa do escritor, na bengala/cacetete e na cobra de estimação que tem em seu quarto, por exemplo. Outra questão que podemos observar é quanto à colocação da mulher em posição inferior à do homem. As esculturas femininas que compõem o cenário como mesas representam um duplo papel: de mães, que 'amamentam', pois elas estão ali servindo-os com o leite que sai de seus seios, e também como figuras e objetos sexuais, subordinados.

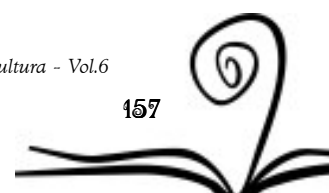
Na sequência, a cena do espancamento do velho bêbado apresenta Alex e sua gangue em uma manifestação de ultraviolência. O posicionamento da câmera em *plongée*<sup>7</sup> mostra o velho de cima para baixo, segundo a visão de Alex e de seus drugues. A partir desse ângulo, observamos a posição de rebaixamento sob a qual o velho é colocado, assim como na imagem das sombras projetadas sobre o velho quando a gangue se aproxima do viaduto. Tais recursos contribuem para a construção de uma situação de tensão no espectador, que chega ao máximo quando eles começam a espancar o velho, sem pena, nem motivo, pela própria ação de espancar e de cometer a ultraviolência, um fim em si mesmo.

Em seguida, os drugues travam uma luta em um teatro abandonado com os membros de uma outra gangue: a do Billyboy, também adepta da ultraviolência. No momento em que eles se encontram, iniciam uma luta, mas, quando a polícia aparece, Alex foge com seus drugues, deixando a gangue de Billyboy no chão.

Na sequência, o protagonista e sua gangue arrumam um carro e vão em direção ao Oeste, a todo vapor, assustando pessoas na rua, desviando os carros de sua trajetória. Nesse caminho, chegam ao lar de um escritor

---

<sup>7</sup> *Plongée*: a câmera filma o objeto de cima para baixo, ficando a objetiva acima do nível normal do olhar.



de oposição ao governo. Entram na casa, dizendo que um amigo havia sofrido um acidente na estrada e eles precisavam usar o telefone. A mulher do escritor, desconfiada, diz que eles não têm telefone. Mas o escritor pergunta o que está acontecendo e acha melhor que eles entrem para telefonar. Alex entra e começa mais um *show* de horror naquela noite: espanca o escritor e estupra sua mulher, ao som de *Singin' in the Rain*<sup>8</sup>.

Essas foram as aventuras de Alex em sua primeira sequência em *Laranja Mecânica*. Nessas cenas, o que mais chama a atenção é a teatralidade do protagonista, que comete a ultraviolência como se estivesse em um palco, em um espetáculo. Na próxima noite de *horrorshow*, ocorre o ponto de virada do filme: a cena em que Alex assassina a mulher dos gatos. Na sala da vítima, além de pinturas que mostram mulheres em posições de fetiche, lambendo botas e seios, existe a escultura de um pênis gigante, do qual Alex se apropria, deixando a mulher mais irritada. Ela parte para uma luta contra o invasor. Durante a luta, a câmera move-se junto com os personagens – o espectador está envolvido na briga, assim como o cinegrafista, que segura a câmera e se movimenta também. Esse movimento que acompanha os personagens contribui na busca de uma visão mais real da cena, envolvendo o espectador em tensão e nervosismo.

Essa cena também retoma a questão do fálico, uma vez que Alex mata a mulher com a escultura de um pênis, fazendo dessa morte um estupro simbólico. O duelo termina com Alex golpeando a mulher – cena enfatizada pelo posicionamento da câmera acima da cabeça desta, em baixa velocidade.

---

<sup>8</sup> Enquanto no clássico filme estadunidense *Singin' in the Rain* (*Cantando na Chuva*), estrelado por Gene Kelly, a canção representa a alegria e o amor, em *Laranja Mecânica*, paradoxalmente, a canção representa o prazer e a alegria provocados pela ultraviolência. Em outras palavras, a cena apresenta a diferença entre o que se diz e o que se vê, pois ao mesmo tempo que Alex canta a alegria, ele pratica a violência. Assim, traduzindo a letra e a sequência de imagens em movimento, temos: Cantando na chuva (Alex chuta o escritor), Só cantando na chuva (Alex bate com o cacete na mulher), Que sensação gloriosa (coloca o cacete entre as pernas de Dim), Estou feliz de novo (coloca uma bola na boca da mulher), Eu rio para as nuvens tão escuras lá em cima (Alex amarra a boca da mulher com uma fita adesiva), Tenho o sol no meu peito e estou pronto para o amor (dá um tapa na cara da mulher), Que a tempestade afugente todo mundo daqui (chutes no escritor), E que venha a chuva, eu estou a sorrir (coloca uma bola na boca do escritor), Andando na rua com um alegre refrão (chuta as coisas da mesa do escritor), Estou cantando (derruba a mesa), Só cantando na chuva (derruba a estante com os livros).



Alex é o homem da ultraviolência que precisa ser domado, tratado, para que possa viver em sociedade. Essa sociedade é organizada segundo diversos mecanismos e instituições de controle e disciplina. Mas Alex tenta escapar de todos eles.

### **A família: aluga-se um quarto**

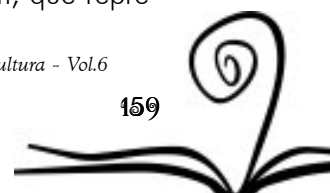
Os pais de Alex se mostram estranhos e mesquinhos em seus modos de se vestir e se comportar. O protagonista é também produto dessa família estranha e desequilibrada, cuja mãe declara tomar remédios para dormir, indo deitar sem saber a hora que seu filho chega. Ainda que o pai se preocupe em querer saber qual o trabalho noturno de Alex, não toma qualquer atitude em relação a isso. No fim das contas, seus pais não sabem o que o filho faz, nem onde trabalha, nem por que sai à noite. Alex mantém um cadeado com segredo em seu quarto, o que ilustra o quanto ele se distancia e se fecha em seu mundo e o quanto seus pais são permissivos.

Quando o filho é preso, em vez de o acompanharem e estarem com ele, voltam às suas vidas e substituem Alex por um novo filho. Alugam um filho a partir do momento em que um 'estranho' aluga o quarto (de Alex). Quando ele volta para casa, não encontra o amparo de sua família. A cena que se segue à volta à casa talvez seja a mais triste do filme: não tem mortes, nem estupros, nem espancamentos, nem chutes, nem camisas de força; mas tem Alex com um grande vazio interior, expresso por sua postura e seu olhar. Ele está abandonado, e é a única cena do filme em que parece realmente triste, mais ainda do que nas cenas do tratamento Ludovico.

Os pais só procuram Alex novamente ao final do filme, quando sabem, pelos jornais, do acidente que lhe ocorreu e então a consciência pesa. Afinal, eles têm noção de que aquilo aconteceu porque ele estava desamparado por todos, inclusive pela própria família.

### **A escola: um grande carimbo preto**

Mr. Deltoid, consultor pós-correcional de Alex, é uma figura ridícula, egocêntrica e nojenta. Seu risinho cínico e cheio de ódio, seu modo de falar infantilizado e entre os dentes caracterizam esse personagem, que repre-



senta uma ponte entre a escola e a prisão. Ele é encarregado de fazer com que Alex frequente a escola e não se envolva com o crime, pois, como já teve passagens em uma escola correcional, uma vez envolvido em novos crimes iria direto para a prisão. Isso significaria o fracasso da atuação de Deltoid.

Na sociedade em que Alex vive, aparecem diversas instituições modernas: a polícia, que já podemos perceber na cena da briga com a gangue de Billyboy; a escola, normal ou correcional; e a prisão. As cenas descritas anteriormente nos deixam claro que o protagonista do filme é amplamente tutelado, seja pelos pais, seja por Mr. Deltoid, encarregado de garantir que Alex cumpra a lei.

Os criminosos, segundo Mr. Deltoid, estão sendo estudados há tempo, porém, não houve progressos nesses estudos. Ainda que haja a tentativa de dominação por meio do saber, eles não conseguem, pois o 'instinto criminoso' transborda, não permitindo que seja controlado.

### **A prisão: violência gera violência**

Manter-se atrás da linha branca e tratar todos por senhor são requisitos necessários para sobreviver nesta instituição. A polícia se revela tão ou mais violenta do que os próprios criminosos, usando o espancamento e a tortura como técnicas de coação.

Na primeira cena na prisão, Kubrick utiliza a técnica do *contraplongée*, enquadramento que define o ângulo no qual a câmera filma o personagem de baixo para cima. Por meio desta técnica, os oficiais, os inspetores e Mr. Deltoid são filmados de modo que passem uma impressão de superioridade, exaltação, triunfo, pois o *contraplongée* aumenta a imagem do personagem filmado. Em *Laranja Mecânica*, esse tipo de enquadramento é usado, em especial, na segunda parte do filme, quando Alex é submetido às instituições de modo sistemático.

Depois de passar pela delegacia e ser julgado, Alex chega à prisão, onde é obrigado a entregar todos os seus pertences – eles representam, de certa forma, sua identidade, que é recolhida e guardada. Alex é transformado em um número, rapidamente decorado por todos: 655321.





Na prisão, Alex se finge de bom moço, conquistando a confiança de alguns, como o padre capelão. Lendo a Bíblia, passa a imagem de um servo de Deus que se arrependeu de seus pecados. Mas no fundo, em sua mente, imagina as cenas da crucificação de Cristo, nas quais ele próprio é quem pratica a ultraviolência.

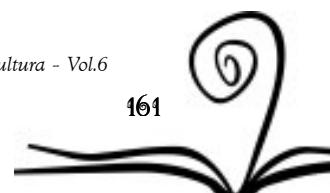
### **A Igreja: o inferno existe**

Uma das sequências em que esta instituição aparece é a do culto na prisão. Nela, a câmera se posiciona, em quase todos os momentos, com uma leve inclinação, de modo que o padre e um policial que estava presente fossem vistos de baixo para cima – novamente, a técnica do *contraplongée*. Independentemente disso, o padre já se encontra em posição mais elevada por estar no púlpito, como acontece em uma igreja. A inclinação da câmera nos dá a visão dos presos em relação ao padre: olhando-o de baixo para cima, ângulo que corresponde à posição ‘inferior’ na qual eles se encontram. O padre é a ponte entre a Igreja e a prisão; ele representa o poder da salvação da alma.

### **A medicina: pessoas saudáveis reagem ao que é detestável**

Com absoluta frieza, os médicos que participam do tratamento Ludovico utilizam a tortura e a dor como forma de manipulação e controle do corpo e das atitudes de Alex: “Lamento, Alex, isso é para o seu próprio bem”, é a frase utilizada pelo Dr. Brodsky para convencê-lo a continuar com o tratamento, sem gritos, nem desespero.

Alex se submete ao tratamento Ludovico, uma espécie de lavagem cerebral que o torna incapaz de cometer violência. No entanto, ele acaba ficando também incapaz de se defender da violência da sociedade contra si próprio, já que, no filme, a defesa da sociedade contra a violência é igualmente violenta. Desse modo, Alex precisa ser curado e o meio pelo qual isso ocorre é justamente pela violência, apresentada nos filmes e imposta a ele física e psicologicamente. O saber médico legitima seu poder; e o poder de controlar os corpos é a violência também legitimada. O tratamento é aceito por se tratar de um método amparado pela ciência. Alex é



uma cobaia das experimentações científicas e, por meio de uma estratégia médica, acaba condicionado negativamente pela Nona Sinfonia de Beethoven<sup>9</sup>. Ao final do tratamento, Alex sai do hospital-presídio supostamente curado; 'inofensivo' para a sociedade.

A partir desse momento, toda vez que ele escuta a Nona Sinfonia e/ou pratica a violência, sente um mal-estar físico e psicológico. Em um momento de mal-estar, Alex acaba retornando, sem saber, à casa do escritor. E este, sabendo do efeito da técnica Ludovico, tranca Alex num quarto ao som da Nona Sinfonia e o induz ao suicídio. Mas Alex não morre e vai parar no hospital.

### **O Estado: queremos que você nos veja como amigos**

O ministro do Interior representa a figura do governo que, em período de eleição, aposta na técnica Ludovico como forma de transformar a Inglaterra em um lugar mais tranquilo para se viver. Ao se ver prejudicado pela tentativa de suicídio de Alex, quando a imprensa critica o governo e suas técnicas de controle do crime, busca uma associação com Alex, prometendo a este um emprego com salário adequado. A foto que tira abraçado com o protagonista é o símbolo concreto da 'reconciliação', é a imagem que 'limpa' sua administração.

No entanto, o domínio de Alex sobre o ministro se mantém quando, por exemplo, Alex se refere à comitiva do ministro como seus 'druginhos'. Alex sabia de sua posição privilegiada, ainda que não pudesse sequer sair da cama, e se utiliza dela para dominar a situação. Ele também domina quando se refere ao ministro como Fred, tratando-o novamente como um irmão, como um de seus drugues, que deve obedecê-lo. Outra manifestação do domínio de Alex sobre Fred, e vice-versa, é no momento que o ministro o alimenta. Alex 'ameaça' abrir a boca; o ministro coloca o garfo com comida e o cala. O silêncio de Alex tem um preço que, para manter sua imagem, o Estado estava disposto a pagar.

---

<sup>9</sup> A Nona Sinfonia de Beethoven era, até então, a música preferida de Alex e tem grande importância na composição do filme. A música, que fala da alegria e do prazer, é associada novamente à violência.



## **A MECÂNICA DO PODER E A PRODUÇÃO DE CORPOS DÓCEIS (COMO UMA LARANJA)**

### **Poder e violência**

Para Foucault (1995), não é da natureza da violência ser relacional, ser a mais extrema relação de poder, pelo fato de que

uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade; e se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la. (FOUCAULT, 1995, p. 243)

Alex e sua gangue agem sobre pessoas que não têm capacidade de se defender: um homem velho e bêbado, sozinho embaixo de um viaduto; um casal preso; uma mulher que mora sozinha com seus gatos. Desse modo, a relação que Alex exerce sobre suas vítimas e seus amigos é uma relação de violência, por meio da força, quando as pessoas estão presas (como na violência contra o escritor e sua mulher) ou não têm possibilidade de defesa (como o velho bêbado, que não poderia reagir a quatro jovens com cacetetes).

Alex vive nessa sociedade violenta, construindo e sendo construído por ela. Sociedade esta caracterizada pela liberdade exacerbada, em um extremo, e a impossibilidade de reação, em outro. Para resolver esses problemas, surgem o Estado e as leis, com a função de comprimir, restringir os espaços de liberdade (BOBBIO, 2004, p. 73), causadores de danos à determinada parte da população.

Uma relação de poder, diferente de uma relação de violência,

(...) se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que "o outro" (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis. (FOUCAULT, 1995, p. 243)

Foucault (1995) lembra que, no século XVI, o termo 'poder' não se referia apenas às estruturas políticas e à gestão do Estado, mas designava

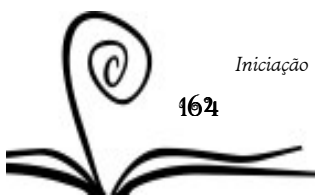


a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes, uma maneira de agir sobre as possibilidades de ação. Isso não significa que não seja possível que a relação de poder se utilize de um ato violento para com um corpo. Pelo contrário, em *Laranja Mecânica*, vemos que isso acontece: na prisão, com a técnica Ludovico, a violência é legitimada por uma relação de poder. Assim como os pais batem, a escola castiga, os médicos causam dor, amparados pela posição que ocupam na rede de saber-poder. No entanto, devemos ter em mente que a análise não está focada sobre a coação direta e mecânica de um corpo sobre outro, mas que a relação de violência é um instrumento ou efeito das relações de poder que, para Foucault, apenas no seu limite coage ou impede absolutamente. Nesse limite extremo, há uma ação sobre um corpo e não mais ação sobre ação. E esse limite extremo é já externo à relação de poder e recebe o nome de violência (FOUCAULT, 1995).

Assim, Foucault caracteriza uma relação de poder como o agir sobre o agir. E se o poder é mais da ordem da 'condução de condutas', é preciso que haja um campo de ação, no qual o indivíduo é dotado de liberdade. Porque, segundo ele, uma relação de escravidão não é uma relação de poder, por não haver saída para o escravo acorrentado. A relação de poder age nos espaços de liberdade, conduzindo condutas, agindo sobre o agir. Mas para que o governo seja possível, é preciso um espaço em que o indivíduo possa se movimentar, de modo a ser conduzido (FOUCAULT, 1995).

### **○ governo dos filhos**

Foucault não se concentra apenas nas instituições com as quais facilmente relacionamos a questão do poder, como o Estado. Ele esquadrinha as microrrelações, os agentes efetivos, nas quais o poder atua sobre o indivíduo. A família, por exemplo, é considerada por ele um dos agentes reais do poder. Ela aparece como um primeiro governo, um espaço onde o indivíduo deve, desde cedo, aprender a obedecer. Ela serve "(...) também para fabricar, nas melhores condições possíveis, um ser humano elevado ao estado de maturidade" (FOUCAULT, 1979, p. 199). É a família quem

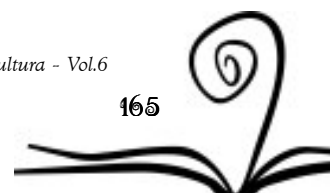


deve fornecer o alimento, cuidar da saúde, da educação, da segurança, dando a seus filhos o mais possível e completo bem-estar.

Esse bem-estar vem, porém, junto com o controle. A família é uma forma de condução de condutas explícita, tida como natural e pertencente a nosso dia a dia. E a preciosidade que a família tem pode se referir exatamente a essa questão: ela está com o indivíduo desde o seu nascimento, conhecendo seu jeito e o moldando através da educação. E ela é a instituição que vai estar com ele por toda a sua vida, imprescindivelmente. A família dá ordens, castiga, briga, sujeita. Porém, isso é 'natural' e 'necessário'.

A família está relacionada a alguns problemas tidos como importantes à administração estatal. Ela é uma 'fábrica de indivíduos', no sentido mais preciso da palavra. O indivíduo é produzido na família para viver em sociedade, trabalhar e dar lucro. É necessário que haja um controle do nascimento e da mortalidade das crianças. E mais: é necessário controlar e cuidar para que elas cheguem à idade útil, à idade adulta. Daí as campanhas de cuidados higiênicos, de amamentação dos filhos ao máximo, preocupação com vestuário e com a realização de exercícios físicos, além de campanhas de vacinação. A família não deve apenas representar um papel referente ao parentesco e à transferência de bens, mas deve tornar-se para a criança "um espaço imediato de sobrevivência e de evolução" (FOUCAULT, 1979, p. 199). E o casal não deve mais servir apenas para produzir o indivíduo, mas para "organizar conjuntamente o que servirá de matriz para o indivíduo adulto" (FOUCAULT, 1979, p. 199). Desde a organização da casa, podemos observar uma estratégia de controle: cada filho com seu quarto, por exemplo, pode ser facilmente localizado dentro do lar; seus pertences reunidos em um só lugar podem ser facilmente revistados.

Em *Laranja Mecânica*, o espaço familiar é idiotizado e infantilizado pela caracterização física e comportamental dos pais de Alex. Eles são impotentes frente ao filho que não vai à escola, que sai à noite dizendo ir trabalhar, que tranca seu quarto com um segredo. A família, porém, continua existindo e indagando sobre onde anda o filho, em que trabalha, por que não vai à escola. Mas Alex escapa, passando a um campo de ação que a família não consegue alcançar e conduzir.



## **O governo das crianças**

Em *Laranja Mecânica*, a escola aparece indiretamente por meio da figura de Mr. Deltoid – que realiza um rigoroso controle da frequência e das atitudes de Alex. Ainda que fora do horário escolar, Mr. Deltoid continua com seu olhar vigilante, tentando, por meio da intimidação, conduzir sua conduta e o livrar da prisão, para não manchar seu nome como consultor pós-correcional.

O controle da frequência, do qual Mr. Deltoid se utiliza, dá um registro à instituição e aos pais da localização do aluno durante o horário escolar. Manter o filho numa instituição escolar, muitas vezes em horário integral, funciona como um importante mecanismo de controle dos pais, em especial, a partir do momento em que a mulher se insere no mercado de trabalho e já não pode estar com seu filho o dia inteiro.

Na fala de Mr. Deltoid com Alex, é possível perceber a formação do saber em relação direta com o poder que permeia essa instituição: Mr. Deltoid afirma que há estudos sobre o comportamento dos estudantes. Foucault (1975, p. 179), por sua vez, afirma que “a escola torna-se o local de elaboração da pedagogia (...), a era da escola examinatória marca o início de uma pedagogia que funciona como ciência”. Mas Alex, mais uma vez, escapa desse controle.

## **O governo dos criminosos**

Alex torna-se oficialmente um criminoso, sendo enquadrado na categoria dos anormais. É o homem da ultraviolência, que deve ser tratado para novamente viver em sociedade. O anormal é aquele que, rejeitado pela sociedade capitalista por nela não se enquadrar, precisa ser recuperado, domado, controlado, normatizado, de modo a se inserir no sistema produtivo. O louco e o criminoso são colocados em patamares próximos, como transgressores da norma que podem e devem ser recuperados pela ciência médica e judiciária. O saber psiquiátrico e o judiciário desenvolvem, assim, uma batalha com o louco e o criminoso, impondo-lhes relações de força que possibilitam a invenção de um conhecimento (FONSECA, 2002).

Foucault, segundo Fonseca (2002), percebe que o poder psiquiátrico se desloca “para outros lugares onde é necessário fazer a realidade funcionar como poder” (FONSECA, 2002, p. 246). Desse modo, o poder disciplinar



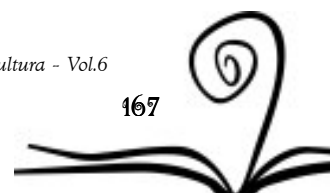
atravessa os muros do asilo e passa a intervir em outras instituições de controle não apenas do louco, mas de todo e qualquer anormal, aquele que age segundo seus mais profundos instintos, sem nenhuma razão aparente, como um monstro moral.

Alex, monstro moral de *Laranja Mecânica*, representa tantos outros criminosos e delinquentes que fogem ao padrão do normal e incomodam a sociedade e, como tantos anormais, vai parar na prisão – um dos lugares onde podemos observar a articulação entre os saberes médico e judiciário. Esses indivíduos devem ser normatizados e enquadrados, seja por meio da técnica Ludovico, em *Laranja Mecânica*, seja por mecanismos disciplinares existentes nas instituições de confinamento, como a prisão, o hospital, o hospício, a escola – instituições que funcionam por diferentes técnicas e estratégias de normatização do sujeito. A técnica Ludovico é a expressão máxima dessa articulação: enquanto o Estado oferece presos como cobaias dos experimentos científicos, a ciência propõe a cura da criminalidade.

Pensando a relação entre os mecanismos de poder, as técnicas jurídicas e psiquiátricas e a formação do sujeito normal, Foucault, no clássico *Vigiar e Punir*, faz uma análise da disciplina na sociedade moderna, como uma técnica de produção de corpos dóceis,

uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas à formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. (1975, p. 132)

Para Foucault, os processos disciplinares empregados nas prisões e em outras instituições de confinamento possuem estreita relação com a formação das ciências humanas. As relações de poder e saber produzem discursos, legitimados pelo *status* de ciência. A partir desses discursos se dão os processos de constituição dos sujeitos: o criminoso, o delinquente, o louco, enfim, o sujeito anormal. Na cena em que a câmera sobrevoa a prisão, podemos observar que a construção mostrada é a mesma estudada por Foucault: o panóptico, desenhado por Jeremy Bentham como um centro penitenciário ideal, cujo conceito fundamental consiste em observar todos os prisioneiros sem que estes possam saber se estão ou não sob vigilância (FOUCAULT, 1979).



A prisão como “a forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos úteis e dóceis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo (...)” (FOUCAULT, 1975, p. 217) é incorporada pelo Poder Judiciário como espaço para se fazer cumprir a pena dos criminosos que pagariam suas dívidas com a sociedade a qual agrediram. Assim, a prisão é um mecanismo não apenas de repressão e de privação da liberdade; constitui-se, além de elemento punitivo, em um mecanismo de produção do sujeito arrependido. A punição deve agir sobre a moralidade, sobre a alma do indivíduo, procurando modificar seus instintos criminosos, transformando-o em um sujeito dócil e útil para a sociedade. A prisão “(...) esteve, desde sua origem, ligada a um projeto de transformação dos indivíduos (...). Desde o começo a prisão devia ser um instrumento tão aperfeiçoado quanto a escola, a caserna ou o hospital, e agir com precisão sobre os indivíduos” (FOUCAULT, 1979, p. 131).

Como um aparelho de transformar indivíduos, a prisão pode operar: 1) pelo isolamento – forma de fazer com que os indivíduos transgressores da lei e da ordem se encontrem a sós com suas consciências e possam se arrepender de seus atos passados; 2) pelo trabalho – forma de introduzir a regra na prisão, por meio de hábitos de ordem e de obediência. O poder disciplinar que opera nas instituições de confinamento, para Foucault, rompe com a supremacia das tecnologias anteriores<sup>10</sup> que tinham por objetivo a condenação do corpo individual. A prisão constituiu-se como a pena por excelência, substituindo o suplício e os castigos baseados fundamentalmente na exposição e no sofrimento do corpo que predominavam anteriormente. O corpo do infrator não deve mais ser supliciado para servir como exemplo, mas, sim, formado, reformado, corrigido, qualificado como corpo capaz de trabalhar (FOUCAULT, 1996, p. 119).

---

<sup>10</sup> Na Idade Média, o corpo é tido com alvo do castigo, pois era o único bem que o servo possuía. No entanto, a intensificação da Revolução Industrial (século XIII) e o Século das Luzes (século XIX) mudaram a conjuntura: 1) a Revolução Industrial fez com que crescesse a criminalidade devido à concentração de pessoas nos centros urbanos; os indivíduos não deveriam ser condenados à morte, mas integrados ao sistema produtivo como corpos capazes de trabalhar; 2) Com o Iluminismo, a liberdade é reconhecida como um direito natural e o conceito de poder absoluto e soberano passa a ter um valor negativo. Os iluministas passaram a atacar todos os pilares do Antigo Regime, sendo um deles a forma de condenação dos indivíduos, que ocorria de forma absoluta e arbitrária, manifestando a vontade do soberano.





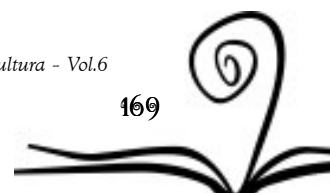
O essencial da pena que nós, juízes, infligimos, não creias que consistia em punir; o essencial é procurar corrigir, reeducar, 'curar'; uma técnica de aperfeiçoamento recalca, na pena, a estrita expiação do mal, e liberta os magistrados do vil ofício de castigadores. (FOUCAULT, 1975, p. 15)

Nessa passagem do poder soberano para o poder disciplinar, a relação castigo-corpo se modifica (FOUCAULT, 1975, p. 16). Assim, a disciplina continua atuando no corpo do condenado, mas o corpo deixa de ser o alvo principal do poder disciplinar, passando a um meio no qual as técnicas são aplicadas. O castigo torna-se algo sutil e o corpo do condenado deve ser manipulado à distância. "Pois não é mais o corpo, é a alma. À expiação que tripudia sobre o corpo deve suceder um castigo que atue, profundamente, sobre o coração, o intelecto, a vontade, as disposições" (FOUCAULT, 1975, p.12).

### **O governo das almas**

O poder pastoral é uma antiga tecnologia de poder originada nas instituições cristãs. Essa tecnologia designa uma forma muito específica de poder: seu objetivo é assegurar a salvação individual no outro mundo, e o pastor, que foi designado por Deus para tal, deve estar preparado para se sacrificar pela vida e pela salvação do rebanho. Esse tipo de poder cuida de cada indivíduo em particular, diferentemente do poder do Estado, que se preocupa com a comunidade como um todo. O poder pastoral não pode ser exercido sem o conhecimento da mente das pessoas, sem a exploração das almas, com a revelação dos segredos mais íntimos, implicando um saber da consciência e na capacidade de dirigi-la (FOUCAULT, 1995).

O poder pastoral está ligado à produção da verdade pelo próprio indivíduo, que deveria ansiar pela sua salvação e por uma vida melhor em outro mundo. Mas, ainda que haja o pastor responsável por suas ovelhas, a salvação é individual: cada um que a queira deve cumprir certos requisitos, deve se libertar de certos vícios e atitudes 'erradas', para ser digno do reino dos céus. Desse modo, a proposta da Igreja combina com a proposta da prisão, de mudança da alma do indivíduo, podendo, também, ser incorporada por ela. No filme, não só o padre exerce o poder pastoral: Mr. Deltoid e o ministro também tentam salvar a alma de Alex.

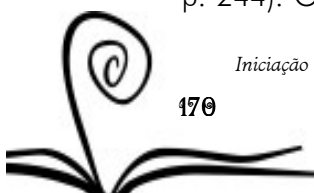


## O governo dos corpos

(...) um médico hoje deve cuidar dos condenados à morte até ao último instante – justapondo-se destarte como chefe do bem-estar, como agente do não-sofrimento, aos funcionários que, por sua vez, estão encarregados de eliminar a vida. Ao se aproximar o momento da execução, aplicam-se aos pacientes injeções de tranquilizantes. (Foucault, 1975, p. 16)

De acordo com Foucault (1999), nos séculos XVII e XVIII, emergiram as técnicas disciplinares que tinham como objetivo primordial o controle e a transformação dos corpos. Porém, durante a segunda metade do século XIX, observamos o aparecimento de outra tecnologia de poder que não exclui a primeira, mas a utiliza e modifica, segundo seus novos interesses. Esse novo mecanismo se dirige não mais ao homem-corpo, mas ao homem-espécie, ao homem como ser vivo constitutivo de uma sociedade (FOUCAULT, 1999). O poder se preocupa com as taxas de natalidade, longevidade e mortalidade de uma população, com a higiene pública, com as endemias, com o problema da velhice e das novas anomalias. Essa nova forma de poder é chamada por Foucault de biopolítica e utiliza, além das ações de assistência, outras técnicas mais sutis. “A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 1999, p. 294).

Os mecanismos de regulamentação são encontrados tanto no nível macro, do controle por parte do Estado, quanto no nível das instituições médicas, das caixas de auxílio e seguros, por exemplo (FOUCAULT, 1999). Mas, “(...) O elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador (...) é a ‘norma’”. Desta forma, a sociedade normatizada é a que tem em si o encontro das normas da disciplina e da regulamentação (FOUCAULT, 1999, p. 302). E a noção de norma é muito importante para o novo momento em que vivemos. Os anormais, dos quais essa sociedade deve ser protegida, surgem a partir da definição do que é o normal. Foi da observação dos corpos que se criou a noção da norma, ou seja, foi do domínio de saber das ciências médicas, mais do que das jurídicas (FONSECA, 2002, p. 244). O corpo funciona com certa regularidade, dentro de certos pa-



drões, e quando se foge desses padrões emerge o doente, o louco, o anormal. Assim, é na medicina que Foucault percebe primeiramente as noções de norma. Da definição do que é o normal – o que está dentro da norma, da repetição – temos, por extensão, a definição do anormal.

Uma das técnicas de controle que a instituição médica utiliza é o exame, que, como outras técnicas, se desloca para a prisão e para a escola. Segundo Foucault (1975), o exame é altamente ritualizado, em todos os dispositivos de disciplina. Cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade.

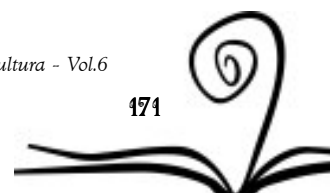
Uma das condições essenciais para a libertação epistemológica da medicina no fim do século XVIII foi a organização do hospital como aparelho de 'examinar'. O ritual de visita é uma de duas formas mais evidentes (...). A inspeção de antigamente, descontínua e rápida, se transforma em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo. (FOUCAULT, 1975, p. 178)

Para além da disciplina que atua sobre o corpo individual, o biopoder é o poder de normatização da medicina que se estende para fora do hospital. Ele atua no corpo da população, no corpo da multidão. A técnica Ludovico representa então a passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de regulamentação e de controle.

## **“E ENTÃO, O QUE É QUE VAI SER?”<sup>11</sup>**

*Laranja Mecânica* enuncia o esgotamento da sociedade disciplinar. Ainda que a sociedade continue dominada pelos mecanismos disciplinares, por algum motivo, estes não funcionam mais. A família é ridicularizada, para a escola os alunos não vão, a igreja e a prisão são lugares onde se desenvolve um instinto interesseiro, a polícia é composta por aqueles que em outro momento de suas vidas praticavam a violência. Enfim, as instituições estão corrompidas. Alex é um delinquente, mas as instituições não são menos

<sup>11</sup> Um dos jargões de Alex no livro de Burgess (1962).

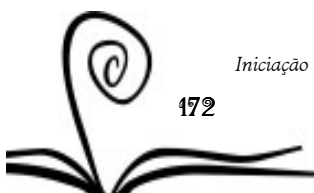


violentas do que ele; a polícia não é menos violenta do que ele; a medicina não é menos violenta do que ele. Segundo o velho bêbado, “não há mais lei, nem ordem” e podemos ter um exemplo real disso quando percebemos que o Estado, ao mesmo tempo, promove e controla a violência. E se as instituições não resolvem mais esse problema, busca-se um outro método, dessa vez baseado no conhecimento científico, os métodos da ciência para controle do comportamento.

A técnica Ludovico representa a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. Trata-se de uma técnica que ultrapassa o muro das instituições de confinamento para garantir a produção de ‘cidadãos dóceis como uma fruta’. Como dito, o tratamento Ludovico consiste na transmissão de filmes violentos ao paciente preso por uma camisa de força e com os olhos abertos por meio de grampos, de modo que fique sempre olhando para a tela. Combinados aos filmes violentos, estavam uma dieta balanceada e um soro experimental. Segundo a técnica, a articulação destes elementos – a violência e o desconforto físico – faria com que toda vez que Alex pensasse em atos violentos, associasse aos momentos da terapia e tivesse de pensar e fazer algo diametralmente oposto para que a dor e o enjoo passassem. O tratamento Ludovico extrapola os muros institucionais e estende-se para todos os espaços sociais.

“Viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação de outros. Uma sociedade ‘sem relações de poder’ só pode ser considerada uma abstração” (FOUCAULT, 1995, p. 245-246). Concluímos, então, que escapar das relações de poder é impossível, mas é possível lutar contra a dominação representada por certos padrões de pensamento e comportamento, compreendendo o meio no qual estamos inseridos. É preciso refletir sobre ele, entendendo que estamos sempre produzindo e sendo produzidos nas relações de poder que não são meramente repressivos. Vivemos rodeados pelas instituições que hoje passam de instituições totalitárias de confinamento para instituições de controle (DELEUZE, 1992).

Encontramo-nos numa crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família. A família é um “interior”, em crise como qualquer outro interior, escolar,



profissional etc. Os ministros competentes não param de anunciar reformas supostamente necessárias. Reformar a escola, reformar a indústria, o hospital, o exército, a prisão; mas todos sabem que essas instituições estão condenadas, num prazo maior ou menos longo. Trata-se apenas de gerir sua agonia e ocupar as pessoas, até a instalação de novas forças que se anunciam. São as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares. (DELEUZE, 1992, p. 220)

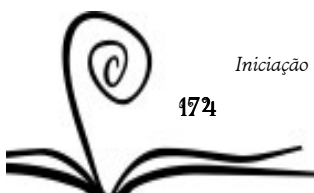
Assim, vivemos em uma época em que a internação hospitalar vai sendo substituída pelo hospital-dia, o confinamento de alunos nas escolas cede lugar às técnicas de educação à distância, o trabalho passa a ser levado para casa por meio da tecnologia, época em que o discurso da mídia entra em nossas casas segundo nossa vontade. Da mesma forma que Alex escolhe a técnica Ludovico, escolhemos a televisão, a Internet, o cinema, a casa cercada por câmeras. Ele aderiu à técnica, assim como aderimos aos mecanismos de controle da sociedade atual e somos assim produzidos como sujeitos.

## REFERÊNCIAS

- BREA, J. *Cinema e Construção de Subjetividades: a análise do discurso em Clube da Luta*. In: CONGRESSO DE ESTUDANTES DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO DO RIO DE JANEIRO, 1, 2006, Rio de Janeiro.
- BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BURGESS, A. *Laranja Mecânica*. São Paulo: Aleph, 2004.
- CAMPOS, L. P. B. O Cinema nas Potências do Falso – devir e hibridizações. *Travessias*, v. 2, p. 1-16, 2008.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FONSECA, M. A. da. Entre monstros, onanistas e incorrigíveis. As noções de normal e anormal nos cursos de Michel Foucault no Collège de France. In: RAGO, M. et al. (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.



- \_\_\_\_\_. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- \_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. & RABIONOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- VANOYE, F. & GOLIOT-LÉTÉ, A. *Ensaio sobre a Análise Fílmica*. São Paulo: Papyrus, 1994.



# **INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DO CAPS: A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE MENTAL ACERCA DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE**

**Luiza Macedo Travalloni<sup>1</sup>**

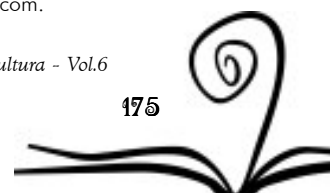
O campo da psiquiatria é recente na história da humanidade e representa a intervenção da medicina com relação à loucura. A visão da loucura como um processo patológico se inicia no final do século XVIII. Antes desse momento, a loucura havia tido outros significados, como ausência de razão e alienação.

No período conhecido como Grande Enclausuramento, segundo autores que tematizam a história da loucura, se inicia o confinamento do louco junto a profanos, libertinos e doentes venéreos, que constituíam a população enclausurada. É um movimento que ocorre no século XVII quando o louco passa a não mais ser tolerado pela sociedade, representando um problema social. Mais tarde, com a crescente crítica ao Grande Enclausuramento, a insatisfação dos reclusos em conviverem com os loucos, a necessidade de mão-de-obra na sociedade e o questionamento da internação como solução para o desemprego, tem início uma transformação no quadro institucional, ocorrendo a libertação dos antigos reclusos, com exceção dos loucos. Estes passam a ter instituições de reclusão destinadas exclusivamente a eles, sendo formados os asilos (RESENDE, 2000; MACHADO, 1988).

No Brasil, a consolidação da psiquiatria se deu no início do século XIX e o marco institucional da assistência psiquiátrica no país foi a criação do

---

<sup>1</sup> Ex-aluna do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrado ao Ensino Médio, com habilitação em Laboratório em Biodiagnóstico em Saúde (2007-2009). Atualmente, cursa Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No trabalho de construção de sua monografia de conclusão de curso, contou com a orientação da professora-pesquisadora Maria Cecília de Araújo Carvalho (doutora em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental), do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Contato: lutravall@gmail.com.



hospício Dom Pedro II, em 1852 (RESENDE, 2000). Nessa época, as propostas de tratamento baseavam-se nas já utilizadas pelo mundo, cujo foco era a exclusão e os asilos. Os portadores de transtornos mentais entravam, então, em um circuito psiquiátrico, onde os asilos eram preponderantes e constituíam o modelo cultural de referência na lógica psiquiátrica.

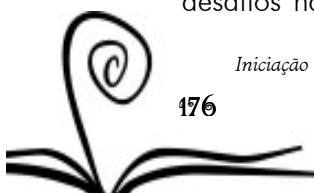
No decorrer de inúmeras mudanças políticas, sociais e culturais – no Brasil e em todo o mundo, a começar pela Europa –, o hospital psiquiátrico deixou de ser o foco do tratamento do doente mental e propôs-se uma rede de serviços de base comunitária que o substituiria.

Neste trabalho, é feita uma discussão acerca do cuidado integral de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – eixo integrante da rede comunitária de assistência em saúde mental –, buscando entender como e através de quais meios/serviços se dá o cuidado nos CAPS, entendendo que estes, em primeira instância, têm como missão oferecer um cuidado integral aos pacientes e promover sua inserção social. Ainda dentro deste estudo, objetiva-se mais especificamente analisar a percepção dos profissionais da saúde mental dos CAPS acerca da integralidade do cuidado e, junto a eles, obter informações do cotidiano de assistência deste serviço para que possamos conceber a realidade do cuidado exercido nos CAPS.

## **A INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um processo social complexo, marcado pelo movimento de transformação da assistência em saúde mental. As ações que vêm ocorrendo desde a década de 1970 constituíram um conjunto de críticas ao manicômio e ao totalitarismo das instituições psiquiátricas e afirmaram-se como um movimento social que buscava implantar novas formas de produção de cuidado em saúde mental. É um movimento que compartilha ideais, dilemas e desafios com a Reforma Sanitária, estabelecendo estreito vínculo com o contexto histórico e social no qual está inserida (YASUI, 2007).

Os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira são acompanhados dos desafios na saúde como um campo mais amplo, presentes na Reforma





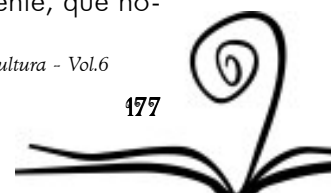
Sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a mudança do modelo assistencial pautado na racionalidade médica hegemônica, centrado exclusivamente na doença e em sua cura. Com esta prática posta em questão, aponta-se para a saúde como fruto de um processo de produção social e, segundo tal visão, as ações de saúde deslocam o foco da doença para o indivíduo como um ser que estabelece relações na sociedade. Preza-se, também, a promoção da saúde e a qualidade de vida.

Esse movimento impulsiona uma mudança no panorama da saúde mental no Brasil, modificando o modelo de assistência de forma a conduzir o cenário brasileiro à retirada dos hospitais psiquiátricos como referência hegemônica em saúde mental e a promover um cuidado integral da pessoa com transtorno mental em comunidade. Esse cuidado integral abrange dois conceitos de dimensões distintas: cuidado e integralidade, ambos inseridos nas políticas de saúde mental propostas pela Reforma Psiquiátrica, mas também possuindo papel fundamental em outras políticas de saúde que não esta específica.

A integralidade, abordada como princípio do SUS e bandeira de luta do Movimento Sanitário, deve pautar todas as políticas de saúde, como a de saúde mental (MATTOS, 2003). Neste sentido, deve-se buscar a integralidade nas ações direcionadas às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, com intervenções que abranjam não somente a assistência, mas também medidas preventivas e de promoção.

O estudo desse princípio, além de muito importante, é necessário para que as políticas de saúde e suas respectivas ações sejam concebidas com qualidade e eficiência e disponibilizem atenção integral e humanizada para a população. O cuidado, por sua vez, é uma atitude necessária nos serviços de saúde como forma de acolhimento do indivíduo, compreensão de seu sofrimento e de todos os fatores que interferem no seu estado de saúde e provoquem o sofrimento, sendo fundamental a sua prática em detrimento do modelo puramente diagnóstico-curativo frequentemente presente nos sistemas de saúde.

Com a instituição do SUS, em 1988, houve uma mudança nos ideais e nos arranjos institucionais, o que não significa, necessariamente, que no-



vas práticas nos serviços de saúde tenham sido adotadas. A dificuldade de articulação entre ações assistenciais e preventivas, por exemplo, ainda é prevalente nos serviços. Essa dificuldade se dá pelo distanciamento de ambas no âmbito da atenção à saúde. As ações assistenciais se dão a partir da procura do indivíduo por acolhimento, já que ele passou por um estado de sofrimento. Esta procura é o que se chama 'demanda espontânea' e sua construção se dá socialmente, mesmo que a assistência prestada vincule-se – e de fato assim o é – a uma experiência individual de sofrimento. E o distanciamento encontra-se neste aspecto, ao passo que as ações preventivas, por sua vez, ocorrem antecipadamente à experiência de sofrimento do indivíduo. Dessa maneira, os serviços preventivos são oferecidos de forma a buscar a modificação de um quadro social da doença, podendo vir a modificar futuras demandas por serviços de assistência. Neste sentido, os profissionais, através de seus conhecimentos, anteveem um possível estado de sofrimento e aplicam medidas que evitem que o sofrimento seja gerado (MATTOS, 2004).

Neste âmbito, a integralidade está expressa na capacidade do profissional da saúde de atender à demanda espontânea do sujeito com medidas assistenciais e, além disso, compreender as necessidades que extrapolam a 'demanda espontânea' e encontram-se silenciadas, ofertando, neste momento, ações preventivas. Não se trata, entretanto, de pôr em prática rotinas simplistas e preconcebidas; deve-se compreender o contexto no qual essas ações preventivas devem ser ofertadas. Uma prática de integralidade deve ser capaz de identificar o que causa o sofrimento no indivíduo que procura um serviço de saúde e necessita contar com um olhar atento do profissional que precisa estar preocupado em identificar as outras necessidades de saúde do sujeito e conseguir inserir medidas preventivas nos contextos adequados de cada encontro, preconizando não somente o contexto imediato, mas levando em conta também o contexto de vida de cada um (MATTOS, 2004).

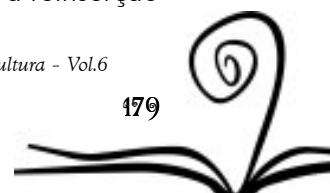


## **OS CAPS: DISPOSITIVOS ESTRATÉGICOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

As primeiras concretizações dos ideais da Reforma Psiquiátrica foram a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental e a reconfiguração do significado do cuidado neste campo. Na década de 1990, foram aprovadas as primeiras leis de substituição progressiva de hospitais psiquiátricos por um modelo assistencial em saúde mental de base comunitária. Houve também nesse momento a grande contribuição da Declaração de Caracas – que contém recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) –, determinando a fiscalização e classificação de hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços substitutivos de atenção diária. O Ministério da Saúde passou assim a redirecionar os recursos de saúde mental aos serviços de base comunitária. Essa medida, entretanto, não foi radical, já que a maior parte dos recursos ainda era destinada aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Dessa forma, o cenário atual brasileiro no que diz respeito às políticas de saúde mental apresenta um momento de transição do modelo hospitalar para os modelos de assistência de base comunitária (BRASIL, 2009), no qual vigoram dispositivos articulados cujas ações venham a substituir os hospitais psiquiátricos. Entre estes dispositivos, encontram-se os CAPS, planejados estrategicamente para oferecer cuidado integral aos indivíduos que apresentam demandas específicas no âmbito do seu território determinado – entendendo território para além de suas dimensões geográficas, delimitado por um conjunto de formas culturais e sociais e modos de vida que caracterizam essa população.

A portaria n. 336 institui a implantação dos CAPS nos municípios brasileiros, entrando em vigor no ano de 2002. Ela determina que essa implantação configure-se a partir de critérios pautados principalmente pela noção de território e de acordo com o perfil populacional do município, sendo caracterizados como dispositivos extra-hospitalares integrantes da rede de atenção comunitária substitutiva ao hospital psiquiátrico, cuja incumbência é ser o eixo articulador desta rede. Sua ‘missão’ seria oferecer assistência diária à população de forma a proporcionar a reinserção



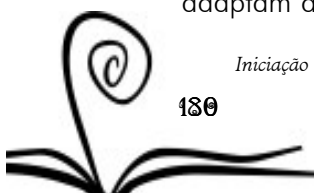
social dos indivíduos e colaborar para a diminuição da taxa de rehospitalizações, organizando e articulando a rede comunitária de saúde mental (BRASIL, 2008).

Estabeleceram-se nesta portaria três modalidades distintas de CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III. A diferença principal encontra-se no porte e na abrangência, demonstrando que o perfil populacional é um grande orientador no processo de planejamento da rede de atenção à saúde mental e na implantação dos CAPS. Existem, além das três modalidades de CAPS apresentadas, duas modalidades diferenciais: o CAPSi e o CAPSad, voltados para o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais e de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, respectivamente.

Ainda na portaria n. 336 definiu-se que a clientela específica dos CAPS deveria ser constituída por portadores de TMSP. É evidente que essa definição funciona apenas como orientadora para a seleção da clientela alvo dos CAPS, já que é um conceito bastante específico e restrito, não correspondendo exatamente à clientela atendida – que é constituída por indivíduos que, em decorrência de seu transtorno mental, apresentam grande comprometimento clínico e social independentemente de atenderem aos critérios para diagnóstico de TMSP. No entanto, por ser a denominação utilizada pela portaria que institui os CAPS, será feito uso, neste trabalho, do conceito de ‘transtornos mentais severos e persistentes’ para classificar os usuários dos CAPS.

## **O CUIDADO INTEGRAL NA REDE COMUNITÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

Com o advento de um novo modelo de assistência em saúde mental, o foco das intervenções deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo social portador de transtorno mental. Dessa forma, a finalidade das intervenções também é modificada: não mais se busca a remissão dos sintomas, mas a compreensão das necessidades de saúde do sujeito e seu suprimento e, conseqüentemente, as estratégias, os saberes e as práticas aplicados se adaptam ao novo modelo (BARROS, OLIVEIRA & SILVA, 2007).

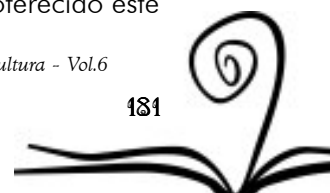


Com esse propósito, a essência do cotidiano dos CAPS é produzir cuidado. Este cotidiano, seguindo a missão de fazer desses CAPS um dispositivo de desinstitucionalização, deve ser aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como sua forma particular de existência traduzida segundo sua própria realidade.

Dessa forma, torna-se intrínseco ao modelo comunitário de assistência a inclusão social de indivíduos com transtornos mentais – principalmente de egressos de hospitais psiquiátricos –, que é um dos principais objetivos da rede comunitária de assistência e dos CAPS em particular. Acredita-se que, se o cuidado se der no meio social do paciente, com o apoio da família, dos amigos e da própria equipe de saúde mental, a qualidade de vida deste passa a ser muito melhor e seu prognóstico, muito mais favorável. Portanto, além dos serviços de saúde propriamente ditos, investe-se nos serviços promotores de inclusão social, como programas de inclusão por meio do trabalho e os Centros de Convivência e Cultura. Neste programas, visa-se a oferecer aos indivíduos momentos de criação de vínculos socioafetivos, de produção e expressão cultural e artística, funcionando como dispositivos extra-hospitalares e com importância tão grande quanto os dispositivos terapêuticos.

Sendo assim, o pleno funcionamento dos CAPS como dispositivo que assegura o cuidado integral e que articula a rede comunitária é essencial para o avigoramento de uma política específica de saúde mental que reconheça e respeite os direitos dos sujeitos, que supra suas demandas e que ofereça ações assistenciais e preventivas, projetos de reinserção social e suporte para a vida dentro da comunidade de forma universal e igualitária, como devem ser as políticas pautadas pela integralidade (MATTOS, 2003).

Atualmente, os sujeitos com TMSP têm grande importância na assistência à saúde mental – tendo em vista sua relevância social e econômica para a sociedade – e, por conta disso, os serviços de saúde mental, em especial os de base comunitária como os CAPS, vêm sendo especialmente moldados visando ao atendimento destes (RUGGERI *et al.*, 2000). Dessa forma, propõe-se discutir a forma pela qual esses portadores de TMSP estão sendo tratados nos CAPS, dispositivos cujo foco da atenção deve ser voltado justamente para esta população, e analisar como é oferecido este



cuidado a eles e se corresponde ao mesmo descrito na literatura como adequado para o alívio do sofrimento destes indivíduos.

Além disso, um dos grandes desafios para a concretização dos ideais da Reforma Psiquiátrica é a formação de Recursos Humanos para o trabalho na rede comunitária de atenção. Nesse contexto, portanto, destaca-se a importância da análise da percepção dos profissionais dos CAPS sobre a integralidade do cuidado e sua participação em programas de especialização (BRASIL, 2005).

## **METODOLOGIA**

A implantação de CAPS no Rio de Janeiro teve início na década de 1990. O primeiro CAPS foi instituído em 1996, no bairro de Irajá, privilegiando, inicialmente, os locais com menor disponibilidade de serviços de saúde mental. Encontram-se hoje, no município do Rio de Janeiro, 14 CAPS em atividade, entre os quais dez CAPS II, três CAPSi e um CAPSad. Os CAPS estão distribuídos no Rio de Janeiro segundo áreas de planejamento (AP), divisões feitas pela prefeitura a partir das quais se estabelecem territórios abrangendo uma população delimitada e se instalam os serviços direcionados àquela população e que estão no processo de gestão da prefeitura. Os CAPS são implantados, portanto, de modo a direcionar suas estratégias à população delimitada por essas AP (BRASIL, 2005).

O trabalho de campo se constituiu pela realização de entrevistas do tipo semiestruturadas com profissionais do CAPS Ernesto Nazareth (CAPS-EN), na Ilha do Governador<sup>2</sup>. Esse dispositivo foi eleito como campo empírico para a pesquisa, por localizar-se no subsistema Ilha do Governador da AP 3.1, que dispõe de uma rede complexa de serviços de atenção à saúde mental e que atua de forma integrada, possibilitando a oferta de diferentes ações que extrapolam os limites dos CAPS e permitindo, desta forma, o exercício da integralidade no cuidado.

---

<sup>2</sup> O projeto de pesquisa que deu origem à monografia e a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).



A pesquisa realizada utiliza o método qualitativo de análise, que investiga as relações que os indivíduos estabelecem entre si, buscando a construção da realidade em um âmbito que não pode ser quantificado, que engloba crenças, valores e significados constituintes do universo humano (MINAYO, 2003). Além disso, apresenta caráter descritivo, já que, segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa descritiva busca obter dados descritivos de pessoas, locais e processos a serem estudados por meio de contato direto com a situação estudada e com os participantes desta, a fim de compreender um fenômeno como um todo, na sua complexidade, segundo a perspectiva destes participantes, e verificar como este fenômeno se dá nas atividades e interações diárias.

As entrevistas foram realizadas com oito profissionais do mencionado dispositivo. Com base na análise qualitativa das entrevistas, foram determinadas nove categorias para o estudo da integralidade no CAPS: formação profissional, capacitação, missão do serviço, especificidade do dispositivo, integração com a rede de saúde, processo de trabalho, seleção de clientela, estrutura física e medicamentosa e adesão ao tratamento.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **Formação profissional**

Entre os entrevistados, quatro eram profissionais de nível médio (técnico em reabilitação física, pintor de peças artesanais, agente administrativo e profissional responsável pelo faturamento da unidade) e quatro de nível superior (enfermeira, médica psiquiatra, psicóloga e nutricionista). Os profissionais de nível médio têm destaque no funcionamento cotidiano do dispositivo, com participação nas atividades e com grande consciência sobre o trabalho do CAPS.

Esses profissionais possuem relevante importância para os usuários, uma vez que, muitas vezes, acabam ficando mais próximos do paciente do que propriamente o psiquiatra ou psicólogo. Isso porque muitas oficinas são coordenadas por eles e estes espaços possibilitam a configuração de vínculos sociais mais estreitos, favorecendo momentos de diálogo, de



expressão, capazes até de ajudar os profissionais a obter informações que ajudem a traçar projetos terapêuticos.

### **Capacitação**

Na categoria capacitação, analisamos a presença dos programas de formação para o trabalho no CAPS. Três dos oito entrevistados participaram ou estão participando de cursos de especialização em saúde mental – entre eles, dois são de nível médio –, além de dois outros que fizeram residência em saúde mental e psiquiatria (a psicóloga e a psiquiatra), que aborda aspectos relativos ao trabalho no CAPS.

### **Missão do serviço**

Ao se analisarem as informações obtidas com a questão da missão, é possível observar que os profissionais inseridos no trabalho do CAPS, em sua grande maioria, concebem este dispositivo como concretização da desinstitucionalização, como fruto da Reforma Psiquiátrica e como possibilidade de reinserir os indivíduos no meio social ao qual pertencem, de integrá-los à sociedade, como pode ser observado nas seguintes falas dos entrevistados:

○ CAPS é a âncora do paciente que tem transtorno mental grave, que já teve muitas internações e agora faz um acompanhamento mais voltado para sua reinserção social. (Entrevistado 1)

○ CAPS é a reforma, é a própria Reforma Psiquiátrica. (Entrevistado 4)

○ CAPS, como o modelo que ele foi pensado, de ter essa cara de ser uma casa aonde as pessoas vêm passar o dia (...), eu acho que faz com que ele seja um certo lugar estratégico mesmo. Porque embora corra muito risco de também se padronizar, de acabar funcionando muito engessado, a potência dele está em não ser assim. (Entrevistado 7)

Dessa forma, ao descreverem o CAPS como um dispositivo estratégico, substitutivo, promotor de reinserção social e de autonomia, os entrevistados, conseqüentemente, definiram a especificidade do CAPS bem diferenciada de outros serviços de saúde mental.





## **Especificidade do dispositivo**

Ao serem questionados se o CAPS se diferenciava de algum serviço de saúde mental, sete dos oito entrevistados responderam que sim. Apenas um, que alegou ser o CAPS a primeira experiência em saúde mental, disse não poder fazer essa “análise comparativa”.

Os aspectos nos quais o CAPS se diferencia, entretanto, foram bastante variados, mas todos apontavam para as características fundamentais do CAPS como dispositivo essencial da nova configuração da atenção à saúde mental, tais como: atenção mais abrangente ao paciente/modo harmonioso de convivência entre profissionais e usuários; equipe multidisciplinar com reuniões semanais; presença do técnico de referência e atendimento de pacientes graves/reinserção social.

É visível, portanto, que os profissionais entrevistados sabem do papel diferencial do CAPS na atenção à saúde mental, compreendendo suas especificidades e sua demanda por atenção diferenciada por parte do cuidador para com o usuário. Ressalta-se aqui a importância dessa conscientização do profissional para que não se repitam os modelos hegemônicos em saúde mental dos hospitais psiquiátricos fundamentados em hierarquia e autoritarismo, mas que se criem novos espaços de troca entre profissionais e pacientes para a prática do cuidado integral e exercício de autonomia do indivíduo.

## **Seleção de clientela**

No que concerne à categoria de seleção de clientela, foi questionado se há seleção de uma clientela específica para ser acolhida pelo CAPS e quais são os critérios utilizados nesta seleção. Todos os entrevistados afirmaram haver uma “triagem” para determinar se tal paciente é indicado para o CAPS ou se deve ser encaminhado para outro serviço de saúde mental. Quanto aos critérios utilizados, apenas um entrevistado não soube relatar quais são. Estes critérios, entretanto, variam entre os entrevistados, mas não fogem ao que é prescrito para o serviço, destacando-se gravidade do transtorno, não adesão ao tratamento ambulatorial e histórico de várias e longas internações ou ausência de vínculos sociais.



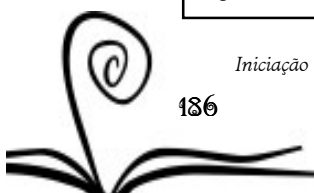
## Processo de trabalho

O processo de trabalho do CAPS apresenta-se um tanto quanto distinto das práticas e dos modelos encontrados nos outros serviços públicos de saúde mental. Sua equipe é multidisciplinar, seu leque de possibilidades de intervenções terapêuticas é muito grande e capaz de atender às mais diversas demandas, fortalecendo a potência de cada indivíduo de realizar-se plenamente em sua existência, produzindo efeitos que fazem diferença na vida das pessoas (YASUI, 1989).

Esse trabalho diferenciado se transcreve nas atividades e nos mecanismos exercidos no ambiente do CAPS: é o trabalho do CAPS no CAPS. Para compreender o processo de trabalho, alguns aspectos foram destacados: modalidades de atendimento oferecidas (Tabela 1), estratégias terapêuticas utilizadas, acompanhamento de internações, visitas domiciliares e trabalho de suporte e orientação às famílias. Sabendo-se da importância da articulação de todos estes aspectos para a produção de cuidado integral no ambiente do CAPS, estes constituem um essencial elemento para a análise da integralidade nas ações do CAPS.

**Tabela 1** – Distribuição dos entrevistados segundo as modalidades de atendimento oferecidas pelo CAPS-EN por estes citadas

Modalidades de atendimento	Frequência absoluta (n)
Consultas com psiquiatra, psicólogo, oficinas terapêuticas, parte medicamentosa	4
Projetos terapêuticos: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo	1
Atividades na comunidade	1
Atendimentos imediatos e não-imediatos (triagem)	1
Oficinas, atendimento de cada profissional, grupos de família, assembleia diária dos pacientes	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>



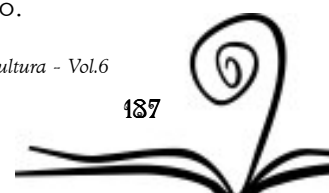
Quanto às estratégias terapêuticas utilizadas pelos profissionais, seis, entre os oitos entrevistados, citaram as oficinas terapêuticas e os atendimentos clínicos. Ainda três dos oito afirmaram que as estratégias são traçadas caso a caso, não sendo algo engessado, predeterminado: “Todo o trabalho do CAPS é muito individualizado” (Entrevistado 2).

Ainda no que diz respeito ao processo de trabalho, analisamos a questão do acompanhamento a pacientes que necessitaram de internação. Afinal, sendo o CAPS um dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, é importante que este não siga a lógica hegemônica hospitalocêntrica e trabalhe para evitar ao máximo as internações e, caso estas venham a ser necessárias, que acompanhem para não estender desnecessariamente sua duração.

Através das entrevistas, foi possível perceber a unanimidade dos entrevistados ao afirmarem a existência de mecanismos para acompanhamento de pacientes internados. Além disso, quanto ao funcionamento desses mecanismos, os relatos foram bem similares: durante o período de internação, a equipe do CAPS mantém contato com a equipe do hospital, faz visitas ao paciente, discute o caso e ‘negocia’ a alta. Apenas um entrevistado não soube elucidá-lo.

Sobre as questões de visitas domiciliares e trabalho de orientação e suporte às famílias dos pacientes, as respostas também foram unânimes. Todos os oito entrevistados afirmaram que o CAPS realiza ambas as atividades. No caso das visitas domiciliares, as circunstâncias relatadas pelos profissionais para realização das mesmas foram: paciente com dificuldade de ir ao CAPS; paciente que já frequenta o CAPS, mas desapareceu; paciente em crise; e paciente que não adere ao tratamento do CAPS. Quanto ao trabalho com os familiares dos pacientes, todos os entrevistados relataram os grupos de família, que acontecem duas vezes por semana, como o espaço criado no CAPS para atendimento às famílias e conversa destas com os profissionais.

Além desses espaços, três entrevistados mencionaram a Associação de Usuários e Familiares como outra forma de integrar a família ao trabalho do CAPS. A associação se reúne uma vez por mês no CAPS e é planejada com um organograma, estando ainda em fase de legalização.



## **Adesão ao tratamento**

Outra categoria delimitada foi a adesão ao tratamento no CAPS. A adesão é fundamental para que o trabalho do CAPS tenha continuidade de modo a interferir positivamente na vida do usuário e que o cuidado possa se dar de forma integral. Essa questão torna-se ainda mais importante quando Cavalcanti e seus colaboradores (2008) dizem haver na literatura nacional índices suficientemente altos de abandono de tratamento nos CAPS e propõem que sejam feitas intervenções que resultem numa adesão mais rápida e menos custosa e que potencializem o trabalho do CAPS.

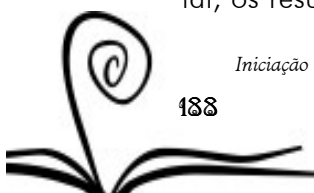
Ao se questionar os profissionais sobre a adesão dos usuários ao tratamento oferecido no CAPS, seis disseram haver uma boa adesão (ou seja, mais adesão do que desistência) e os outros dois não souberam dizer se há mais adesão ou mais desistência, como exemplifica a fala “alguns aderem, alguns, não” (Entrevistado 3).

Porém, mesmo entre os que afirmaram haver boa adesão, um deles relatou já ser esperado um processo difícil de adesão, já que os pacientes do CAPS são os quadros mais graves. Outro revelou que, nos casos em que há desistências, diversos fatores influenciam: a dificuldade intrínseca à psicose e o quanto a equipe investe naquele caso.

## **Integração com a rede de saúde**

A próxima categoria a ser discutida é a rede que se constitui pela articulação do CAPS com outros serviços da rede de cuidados de saúde mental e com o território onde se localiza: é o trabalho do CAPS na rede. Para tanto, foi necessário saber junto aos profissionais do CAPS-EN a respeito dos seguintes aspectos desta articulação: a relação do CAPS com outros serviços de saúde mental, a articulação dos serviços oferecidos pelo CAPS com outros dispositivos do território, conhecimento dos profissionais acerca do conceito de cuidado integral e sua aplicação nas ações do CAPS e os quesitos necessários para melhorar a atenção aos usuários do CAPS.

No que tange à relação do CAPS com outros serviços de saúde mental, os resultados demonstraram que os profissionais encontram-se bem



informados acerca da integração do CAPS com os demais dispositivos da rede de cuidados em saúde mental, visto que sete dos oito entrevistados explicitaram unidades de saúde com as quais o CAPS tem “parceria”, ou seja, cujos serviços atuam de forma integrada, complementando um ao outro.

Na questão da articulação do CAPS com outros dispositivos fora da saúde mental (serviços clínicos, dispositivos culturais e sociabilizantes etc.), os resultados foram similares aos anteriores. O que chama a atenção, no entanto, é a ausência de dispositivos como Centros de Convivência e Cultura e o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho na fala dos entrevistados, que são marcas importantes no processo de reinserção social do indivíduo com transtorno mental e que deveriam ocupar lugar privilegiado como mecanismos sociabilizantes no âmbito da rede de saúde mental.

Ainda na discussão da articulação da rede de atenção à saúde mental para promover cuidados aos indivíduos com TMSP, foram propostas questões mais subjetivas sobre o conhecimento dos profissionais acerca do conceito de cuidado integral. Ora, para que o cuidado dispensado seja pautado pela integralidade, deve-se compreender a dimensão desse cuidado como cuidado integral, a fim de que a atenção aos portadores de transtorno mental no CAPS seja efetiva. Sendo um dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização e na consolidação da rede de cuidados em saúde mental – a qual deve orientar –, o CAPS necessita que seus profissionais estejam cientes do cuidado diferenciado proposto para tal dispositivo.

Aos profissionais que não sabiam o significado de cuidado integral, foi explicitado o conceito trabalhado nesta pesquisa. Já os três entrevistados que disseram saber o conceito de cuidado integral, explicitaram-no, com aspectos bem similares nas três falas, nas quais o predominante foi que o cuidado integral é aquele que é concebido segundo todos os seus aspectos físicos, psíquicos, sociais e sua relação com o mundo, como explicitam as falas dos entrevistados a seguir:

○ cuidado integral é aquele que vê o paciente e o toma sob diversos aspectos, não só o físico nem só o mental. (Entrevistado 6)

○ cuidado integral é ver o sujeito mesmo, em todos os seus aspectos: físicos, psíquicos, sociais, sua relação com o outro,



com o lugar onde vive. Enfim, é você estar atento a todos os aspectos que dizem respeito àquela pessoa. E entender que ela não é só um diagnóstico. (Entrevistado 7)

Enfermeiro acaba tendo essa visão mais fácil, não é? Então, qual é a nossa grande preocupação aqui? O paciente não é visto só pelo seu transtorno. Ele é visto com toda a complexidade que anda em volta dele: o aspecto social (...), se ele consegue estudar, se ele consegue trabalhar, e também o aspecto da sua doença clínica. Há pacientes que têm doença clínica (...), a gente segue o acompanhamento que ele faz em unidades de saúde que atendem a parte clínica. Então, a gente está sempre preocupado com essa visão geral desse paciente. Ele não é só um portador de transtorno mental, ele é um ser humano." (Entrevistado 1)

Sendo o cuidado integral assim definido para estes entrevistados e explicitados como o cuidado aqui abordado para os outros, quatro dos oito entrevistados afirmaram ser o CAPS um dispositivo que oferece cuidado integral aos pacientes. Contudo, os outros quatro não discordaram completamente. Estes últimos afirmam que o CAPS se preocupa com a visão integral do usuário e o concebe desta forma, ou seja, oferece um cuidado atento a todas as dimensões do usuário, mas não com a pretensão de querer ser o prestador de todos os serviços demandados por eles. Afinal, não é função do CAPS, nem haveria os recursos necessários para tal. Os que afirmam, na verdade, expressam o mesmo que os outros nas suas falas: o CAPS oferece, sim, cuidado integral na medida em que faz encaminhamentos a unidades com atendimento clínico, valoriza a atenção ao usuário e se preocupa com a reinserção social dos pacientes.

### **Estrutura<sup>3</sup>**

A partir das entrevistas também foi possível ver que, do ponto de vista dos profissionais, alguns aspectos importantes precisam ser modificados a

---

<sup>3</sup> Estrutura diz respeito às características relativamente estáveis dos provedores de cuidados, das ferramentas e dos recursos que eles têm a sua disposição e dos ambientes físicos e organizacionais nos quais eles trabalham. O conceito de estrutura inclui os recursos humanos físicos e financeiros necessários para prover o cuidado médico (DONABEDIAN, 1982).



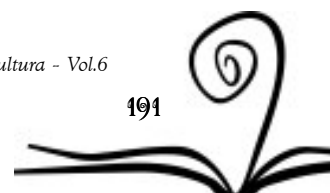
fim de oferecer melhor atenção aos usuários do CAPS. A estrutura, em especial a estrutura física, foi predominante na fala dos entrevistados com relação aos problemas enfrentados no CAPS. Entretanto, uma das mais importantes questões levantadas foi a ausência de CAPS III na cidade do Rio de Janeiro. O CAPS III é um dispositivo que, por comportar poucos leitos para internações curtas, é essencial na rede de atenção à saúde mental – em especial em um município de grande porte como o Rio de Janeiro – por ser capaz de evitar que o CAPS tenha de indicar pacientes para internação em hospitais, que se tornam mais alongadas, já que esse dispositivo de maior complexidade daria conta de tais pacientes com internações curtas.

No que diz respeito à disponibilidade de medicamentos para distribuição aos usuários, ao serem questionados se o CAPS oferece todos os medicamentos que o paciente necessita, todos os entrevistados souberam responder com convicção que sim. Todos também fizeram a ressalva de que alguns medicamentos não estão na grade da rede municipal (que fornece aos CAPS), então os profissionais encaminham o paciente com receita para retirá-los na rede estadual. Também foi dito pela maioria que os medicamentos são suficientes para suprir a demanda quase sempre, havendo, é claro, períodos de maior dificuldade, quando um ou outro possa estar em falta.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

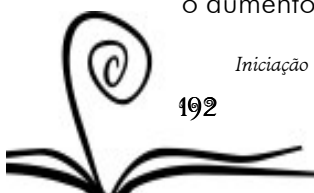
Neste trabalho, foram discutidas questões referentes ao cuidado integral nos CAPS e como este é compreendido pelos profissionais deste dispositivo. Além disso, explicitamos a visão destes mesmos acerca do processo de trabalho dos CAPS dentro da rede comunitária de atenção e de sua missão.

De acordo, exclusivamente, com os resultados das entrevistas, podemos dizer que o perfil de cuidado oferecido no CAPS Ernesto Nazareth é baseado na sua missão e caracterizado por:



- Projetos terapêuticos personalizados;
- Grande variedade de modalidades de atendimento e intervenções terapêuticas, que proporcionam atividades de cunho terapêutico e outras mais voltadas para expressão, criatividade, inserção social e promoção de autonomia, mas ainda com grande preconização da intervenção medicamentosa;
- Participação ativa da família no processo, com grande integração desta no cotidiano do CAPS;
- Articulação do trabalho desenvolvido no CAPS com outros setores da saúde e da sociedade, promovendo a circulação do indivíduo pelos dispositivos de saúde de seu território a que tem necessidade e sua inserção social;
- Preconização da permanência do usuário no CAPS (na comunidade), evitando internações sem comprometer o tratamento;
- Visitas domiciliares a usuários impossibilitados de ir ao CAPS e suporte e orientação às famílias.

Salientamos, no entanto, que um aspecto relativo à integralidade do cuidado que se apresentou um tanto indefinido foi a adesão dos usuários ao tratamento do CAPS. As desistências podem derivar dos mais diversos motivos, mas quase todos podem ser superados com mecanismos e estratégias que visem ao aumento da adesão. Considera-se importante que, além da busca ativa por pacientes que abandonaram o tratamento no CAPS e da oferta de atividades que estimulem a frequência dos usuários, haja modificações no projeto terapêutico que não esteja sendo apropriado, o que exige flexibilidade das intervenções do CAPS e persistência dos profissionais no caso. Ademais, é interessante que sejam incorporados novos programas de intervenção em saúde mental que complementem e fortaleçam a rede de atenção existente de modo a engajar e estabilizar os indivíduos com transtorno mental em um cuidado contínuo. Programas com este intuito já foram implantados em outros países, como a *Critical Time Intervention (CTI)*, em Nova York. Há pesquisas no Brasil para avaliar sua viabilidade, o que pode constituir uma intervenção interessante para o aumento da adesão e continuidade do cuidado de forma a estabelecer





vínculos duradouros com os dispositivos de saúde mental – destacando-se os CAPS – e com os atores sociais que dele fazem parte (CAVALCANTI *et al.*, 2008).

Quanto à compreensão dos profissionais acerca da integralidade do cuidado, percebemos que, apesar da falta de recursos teóricos ao abordar o cuidado integral, os profissionais valorizam esse cuidado, considerando-o necessário e presente no cotidiano do CAPS. No entanto, esses atores do CAPS fizeram uma ressalva no que diz respeito à não reprodução do modelo hegemônico hospitalocêntrico, onde tudo o que o paciente necessitava era oferecido no sistema entremuros dos manicômios, ou seja, nada era oferecido. Isso significa dizer que, se o CAPS tornar-se responsável por todas as dimensões envolvidas no processo de saúde do indivíduo, agirá sobre este de modo análogo às instituições psiquiátricas, centralizando as ações que suprem suas demandas em um único dispositivo, o que, de fato, é impossível de ser feito com qualidade. Portanto, se diz que o CAPS oferece cuidado integral à medida que se responsabiliza por articular a rede de saúde mental de modo a suprir as mais diversas demandas dos indivíduos, por meio da atenção aos aspectos que lhe causem sofrimento e da orientação para buscar serviços que possam aliviá-lo.

Há também uma questão fundamental para que a rede de saúde mental atenda à demanda dos indivíduos de seu território de forma integral, que é a implantação de CAPS III. Em um município como o do Rio de Janeiro, é indispensável a presença deste dispositivo para atenção de casos mais críticos sem a necessidade de internação. Para que de fato se abandone a referência cultural em saúde mental dos hospitais psiquiátricos, é preciso a criação de dispositivos como esse, pois, só assim, é possível promover o fechamento de leitos psiquiátricos sem provocar desassistência da população que demanda curtas internações para períodos críticos.

Por fim, atentamos para o alcance e a limitação dos CAPS como um conjunto de estratégias e como estrutura de serviço frente ao desafio da prestação de cuidado integral. Ora, os CAPS como conjunto de estratégias estão compostos de forma adequada à missão de oferecer cuidado integral, disponibilizando oficinas criativas e terapêuticas, atividades extramuros (participação em eventos da comunidade, passeios e integração social), acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso, convívio social e suporte familiar.



Entretanto, como estrutura de serviço, os CAPS ainda precisam de avanços para configurar-se estruturalmente adequados à prestação de cuidado integral. Isso porque, com equipe mínima e recursos precários, não é possível concretizar em ações o que se pretende em pauta, ou seja, o cuidado integral fica debilitado. Esta situação se manifesta no CAPS-EN, por exemplo, com a dificuldade de transporte de paciente para internação ou de visitas domiciliares pela falta de um transporte voltado para isso, com pouco espaço físico para a realização de atividades e de atendimento e com o pouco recurso financeiro para instalações físicas mais cômodas.

Portanto, verifica-se que o cuidado no CAPS, segundo a percepção de seus profissionais, é pautado pela integralidade e suas ações refletem as concepções que orientam sua missão: seu serviço é territorializado, sua equipe é multidisciplinar, suas estratégias são personalizadas e sua articulação com a rede e com a comunidade se manifesta na promoção de autonomia e na reinserção social. No mais, são necessários maiores investimentos na saúde mental para que a Reforma Psiquiátrica tenha seus ideais plenamente ou, ao menos, majoritariamente consolidados.

## REFERÊNCIAS

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. de & SILVA, A. L. A. e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 815-819, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. CAPS. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela)>. Acesso em: 4 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso, equidade, qualidade. Desafios para consolidar a mudança do modelo. Relatório de gestão 2008*. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. Brasília, jan. 2009 (versão preliminar 1, fechada em 9 jan. 2009). 58 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Opas. Brasília, nov. 2005.

*Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: articulando trabalho, ciência e cultura - Vol.6*



CAVALCANTI, M. T. et al. *Intervenção em Saúde Mental para Períodos de Transição – adaptação da Intervenção no Tempo Crítico (Critical Time Intervention) para a realidade brasileira e estudo piloto em pacientes do espectro esquizofrênico atendidos nos CAPS do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2008. (Não publicado.)

DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment: explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: MI Health Administration Press, 1982.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar.-abr., 1995.

MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

MATTOS, R. A. de. A integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2003.

\_\_\_\_\_. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set.-out. 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. do R. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2000.

RUGGERI, M. et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, v. 177, p. 149-155, 2000.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989.

