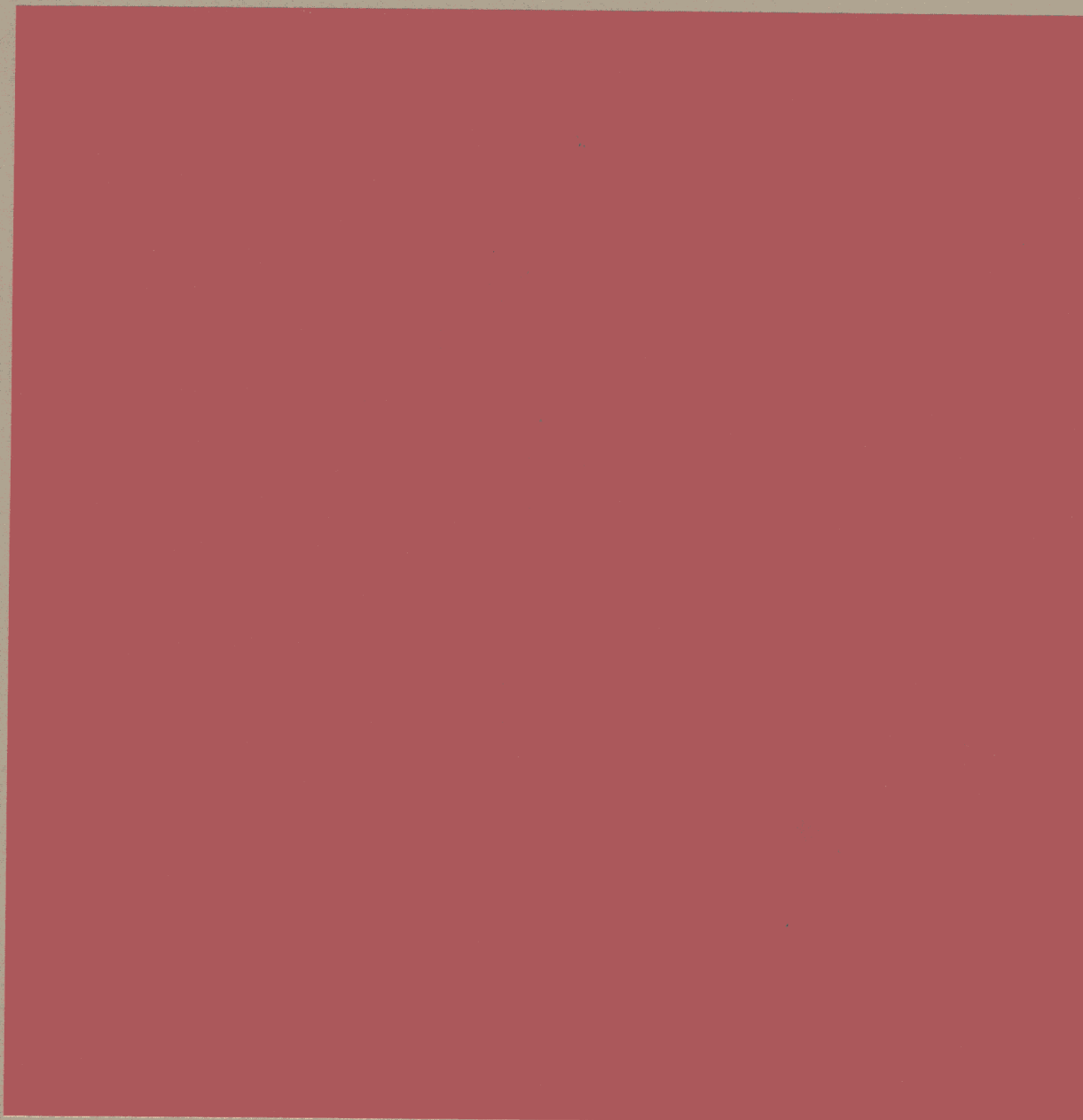


Interface

Comunicação, Saúde, Educação



Interface _ Comunicação, Saúde, Educação:
publicação semestral da Coordenadoria de
Comunicação da Fundação Uni Botucatu e das
disciplinas pedagógicas de Pós-graduação da
Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp.

EDITORES/ EDITORS

Antonio Python Cyrino
Maria Lúcia Toralles Pereira
Miriam Celi Pimentel Porto Foresti

EDITORES ASSOCIADOS/ ASSOCIATE EDITORS

Eliana Goldfarb Cyrino
José Lúcio Martins Machado
Lilia Blima Schraiber
Pedro Geraldo Novelli
Reinaldo Ayer de Oliveira
Ricardo Rodrigues Teixeira

PROJETO GRÁFICO/ GRAPHIC DESIGN

Maria Lúcia Toralles Pereira
Ricardo Rodrigues Teixeira

ASSISTENTE EDITORIAL/EDITORIAL ASSISTENT

Adriana Ribeiro

EQUIPE TÉCNICA/ TECHNICAL GROUP

Normalização/Normalization
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision
Angelina Batista (Português/Portuguese)
Débora Neale (Inglês/English)
Jaime Maria Batlhe (Espanhol/Spanish)
Digitalização de imagens/Image support
Maria Betina Pereira Bicudo

ASSINATURA ANUAL/ANNUAL SUBSCRIPTION

Individual - R\$ 25,00 Institucional - R\$ 35,00
(foreign) US\$ 39,00 (foreign) US\$ 49,00

Tiragem: 1.000 exemplares

CORRESPONDÊNCIA/MAIL

Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Jr, Campus da-UNESP
Caixa postal 592 Botucatu - SP - Brasil
CEP 18.618-000
Fone: 14. 820.6232
Fone/fax: 14. 821.3133
E-mail: intface@fmb.unesp.br
<http://www.interface.org.br>

CONSELHO EDITORIAL/ EDITORIAL COUNCIL

Ana Mae Barbosa, USP
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, UNESP
Antônio Luiz Caldas Junior, UNESP
Antônio Manoel dos Santos Silva, UNESP
Antônio Vicente Marafioti Garnica, UNESP
Ara Tekian, Chicago, EUA
Áurea da Rocha Pitta, Fiocruz
Benjamin Stockins, Chile
Bernardo Kucinski, USP
Fernando Lefèvre, USP
Francisco Eduardo Campos, UFMG
Francisco Tancredi, USP
Gilberto Luiz de Azevedo Borges, UNESP
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
José René Meléndez González, Nicarágua
José Ricardo de Carvalho M. Ayres, USP
José Manoel Moran, USP
José Venturelli, Montreal, Canadá
Jurandir Freire Costa, UERJ
Luis Javier Giraldo Munera, Colômbia
Márcio José de Almeida, UEL
Marcos Kisil, USP
Marcos Tarciso Masetto, USP/PUC-SP
Maria Elvira Blank de Garcia, Venezuela
Maria Lígia Rangel, UFBA
Maria Isabel da Cunha, UFPel
Mourad Ibrahim Belaciano, Unb
Paulo Eduardo de Abreu Machado, UNESP
Regina Marsiglia, F.C.M. Santa Casa, SP
Sheila Zambello de Pinho, UNESP
Valdir Castro de Oliveira, UFMG
William Saad Hossne, UNESP

APOIO:

Fundação Kellogg
Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Instituto de Biociências de Botucatu/Unesp

Indexada em/Indexed/Abstract in
Sociological Abstracts
Social Planning/Policy & Development Abstracts
Linguistics and Language Behavior Abstracts
Bibliografia Brasileira de Educação
Reduc

Interface - comunicação, saúde, educação/
Fundação UNI Botucatu/Unesp, v.4, n.6,
Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000

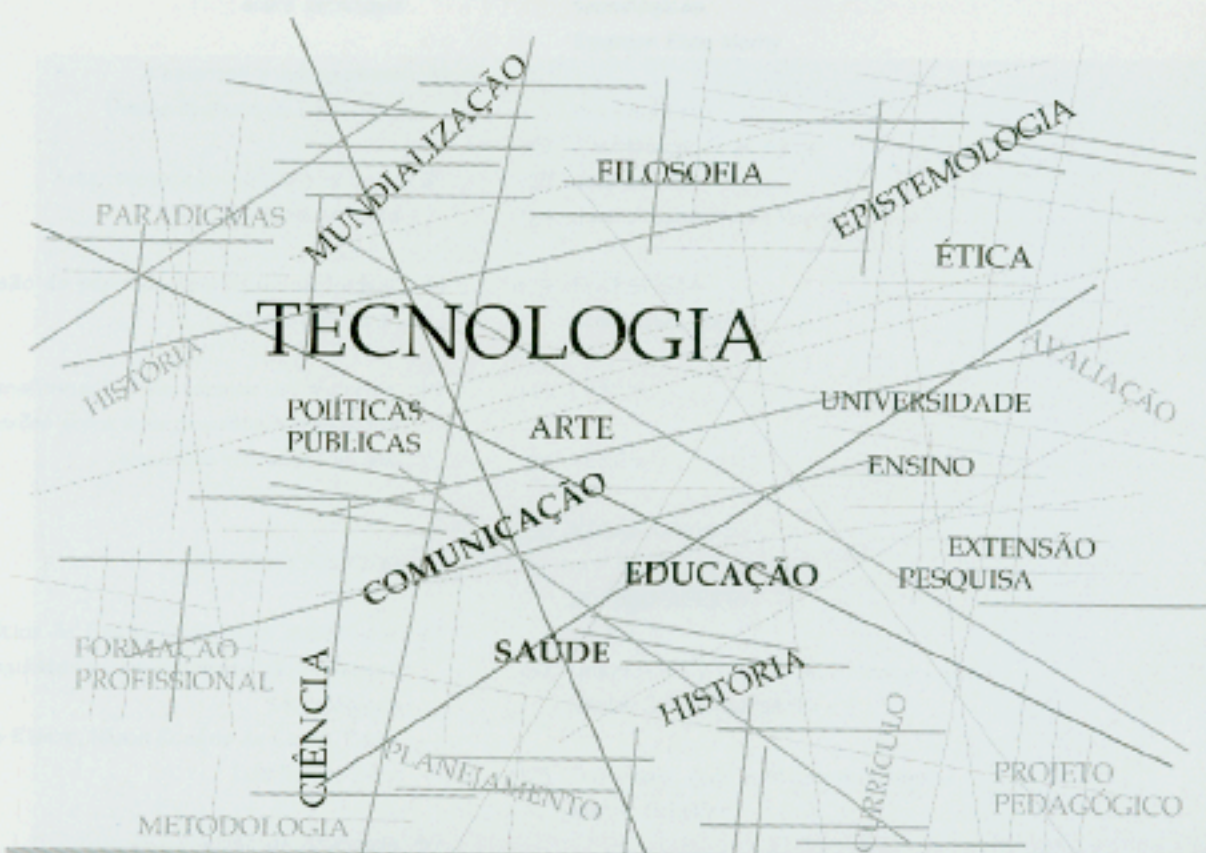
Semestral
ISSN 1414-3283

1. Comunicação e Educação 2. Educação em Saúde
3. Comunicação e Saúde 4. Ciências da Educação
I Fundação UNI Botucatu/Unesp II . Coordenadoria
de Comunicação



BRIDGET RILEY, *Catarata 3*, 1967. British Council, London.

Interface
Comunicação, Saúde, Educação



Interface Comunicação, Saúde, Educação

Interface

Comunicação, Saúde, Educação

APRESENTAÇÃO 7

ENSAIOS sobre tecnologia

Pacientes e passageiros 11
Denise Bernuzzi de Sant'Anna

Arte, técnica e indústria cultural 21
Ari Fernando Maia

Uma discussão do papel da tecnologia na "práxis" 41
Alfredo Pereira Jr.

Análise de transformações da técnica em Medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica 49
Ana Sílvia Whitaker Dalmaso

ARTIGOS e RELATOS

Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas 61
José Mendes Ribeiro, Nilson Rosário da Costa, Pedro Luís Barros Silva

Lição de Anatomia 87
João Luiz Leocádio da Nova, José Joffily Bezerra Filho, Liana Albernaz de Melo Bastos

Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids 97
Mônica Benfica Marinho

DEBATES

109 *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*
Emerson Elias Merhy

debatedores

117 José Ricardo C. M. Ayres

121 José Mendes Ribeiro

124 Juan Stuardo Yazlle Rocha

129 ENTREVISTA
com Michel Sèrres

145 LIVROS

151 TESES

155 NOTAS BREVES

ESPAÇO ABERTO

167 *Universidad y Ciencia en America Latina*
Ubaldo Zuñiga Quintanilla

173 *Tecnologia, Aids e ética em pesquisa*
Márcio Scheffer

177 *Método clínico e paradigmas da Ciência*
José A. Maia

181 *Jornalismo, saúde e cidadania*
Bernardo Kucinski

187 *Intencionalidade, jornalismo opinativo e leitura*
Luiz Antonio Ferreira

193 CRIAÇÃO

Interface

Comunication, Health, Education

PRESENTATION 7

ESSAYS on technology

Patients and passengers 11
Denise Bernuzzi de Sant'Anna

Art, technique and the cultural industry 21
Ari Fernando Maia

A discussion of the role of technology in praxis 41
Alfredo Pereira Jr.

*An analysis of the transformations of medical
technique: reflexions about a proposal* 49
Ana Sílvia Whitaker Dalmaso

ARTICLES and REPORTS

*Helathcare policies in Brazil and regulatory
strategies in an environment of technological
changes* 61
José Mendes Ribeiro, Nilson Rosário da Costa, Pedro
Luís Barros Silva

An anatomy lesson 87
João Luiz Leocádio da Nova, José Joffily Bezerra Filho,
Liana Albermaz de Melo Bastos

*Between functionality and playfulness: condoms in
aids prevention campaigns* 97
Mônica Benfica Marinho

DEBATES

109 *An essay about the doctor and his technological
baggage*
Emerson Elias Merhy

debaters

117 José Ricardo C. M. Ayres

121 José Mendes Ribeiro

124 Juan Stuardo Yazlle Rocha

129 INTERVIEW
with Michel Sèrres

145 BOOKS

151 THESES

155 BRIEF NOTES

OPEN SPACE

167 *University and Science in Latin America*
Ubaldo Zuñiga Quintanilla

173 *Technology, Aids and ethics in research*
Márcio Scheffer

177 *Clinical method and Science paradigms*
José A. Maia

181 *Journalism, health and citizenship*
Bernardo Kucinski

187 *Intentionality, opinionative journalism and
reading*
Luiz Antonio Ferreira

193

CREATION

Deus e o diabo na terra da Tecnologia...

Como sempre *Interface* traz ao leitor uma temática. Em especial nos ensaios, mas não apenas, eis a tecnologia como a escolhida, englobando as discussões da técnica e da ciência na contemporaneidade. Incrustada no coração do nosso tempo, em sua aproximação é possível discorrer sobre quase tudo da vida atual, assim como será sempre de diferentes ângulos que se pode proceder a proposições sobre a tecnologia. E mesmo como instância da vida tão neutra e precisa, ela suscita debates acalorados e sentimentos contrastantes.

O que ora se apresenta neste número da revista é só uma parcela dessa diversidade, mas, ao mesmo tempo, sua reiteração: a tecnologia na Educação, na Saúde, na Comunicação... Ora vista como recurso positivo da Medicina e, ao mesmo tempo, a objetificação do sujeito. Ou vista como recurso de informação e conhecimento, mas também de alienação. Ou, ainda, vista como possibilidade criativa e individualização na produção humana, obrigando, contudo, a um realinhamento do papel do Estado e a uma revisão dos Direitos. E todos esses temas se apresentam, aqui, igualmente, em diversidade de registro: em forma de textos analíticos, críticos, debate, em forma de imagens... a favor e contra: a tecnologia que informa, que ensina, que distrai, que escraviza, que ilude...

Encontraremos na proveitosa leitura dos ensaios e textos que seguem sua face redentora: nos tratamentos e curas que viabilizou, nos esclarecimentos que promoveu, nos consumos que permitiu. Aí está como obra magnífica do Homem e eis do que nos orgulhamos: o desenvolvimento da técnica, das ciências e seus produtos!

Mas, muito já se disse da marca narcísica da sociedade atual, e neste 'excesso' de admiração da nossa própria potência criadora, sucumbimos à tal arte e sua obra. Seja pelo assustador fascínio, seja pela assustadora eficácia prática, a tecnologia, hoje, torna visível sua face de Senhora: totalmente dela dependentes, homens e mulheres têm a tecnologia como um fim em si. Valendo-me da figura do "excesso" (excesso de bens, de mobilidade, de informações, de conhecimento, de atividades... excesso de auto-admiração) que também marca nossa contemporaneidade, reitero a afirmação que está presente, aqui, em diversos textos: como movimento em espiral, cada tecnologia que criamos, em outras tantas se desdobra, e não só por seus subprodutos, mas, principalmente, por instar necessidades de nova criação, nova produção.

O que move a espiral? O que põe em aceleração a própria tecnologia? Eis aqui uma reflexão a que convido o leitor em seu percurso através desta *Interface*. Seu núcleo questionador reside, obviamente, em alguma insatisfação que permanece, uma necessidade sempre presente, mesmo diante de tantas respostas e criações de que a

tecnologia já nos proveu. O curioso, porém, não está na presença de uma permanente incerteza ou angústia de resposta não dada e que ainda procuramos. Que a Humanidade já tenha buscado diferentes recursos para questões talvez sem respostas mesmo, já o atesta a Filosofia ou a História de nossas Ciências. Aqui o fascinante está no fato de que, em seu processo de presentificação, a tecnologia tornou a si mesma como a permanente promessa de resolução. Cabe, pois, examinarmos algo do poder imaginativo que a tecnologia traz, poder que, afinal, borra as fronteiras do presente e do virtual. Sem que já seja saúde, a promessa de cuidado vira cura na simples posse da receita ou do tratamento a ser feito; sem que já seja esclarecimento, a promessa de compreender ou elucidar, na simples posse das informações, vira conhecimento; sem que já seja consumo, a simples posse dos convênios ou dos exames clínicos vira assistência ou tratamento....

Se é da força imaginativa que toda criação se nutre, a perda de seu produto final, sua obra – e seu fim último como formulação para o agir– aqui aparece confundida pela admiração com o próprio devaneio, que a tecnologia promove e expande ao quase infinito....

Embevecidos com esse fluxo “imaginante”, com seu potencial de criação, esquecemos da própria atividade de criar. O nosso fascínio com a tecnologia como “a Obra”, a desloca da condição de meio para outros fins. De um lado, somos alertados para tal, no impedimento emancipatório que isto representa, cerceando, como senhora de nossos atos, o desenvolvimento da autonomia de sujeito. De outro, somos enredados em sua própria teia de virtualidades e transformados em sujeitos absolutosda nossa imaginação. E isto não é pouco, diante do controle que já se fez dessa mesma imaginação pela presença da tecnologia na Cultura.

Ora, aparentemente, será a própria tecnologia a transformar-se, na medida que mostre seus limites e obstáculos nessa espiral de si mesma. Mas será isto possível? Poderá ocorrer uma auto-transformação tão radical, sem que se coloque em tela uma condição primordial de sua moderna existência e que, desde sempre como modernidade, se deu em parceria com a forma mercado de vida social? Que fiquem as perguntas, para instigarem a presente leitura... Não obstante, entre o deslumbramento e a esconjuração, se permite por meio da introdução desse espaço aberto à criação um convite a um novo humano com tantas outras obras, oferecendo uma nova perspectiva à Razão... que venha a tecnologia para a discussão!

Lilia B. Schraiber

God and the devil in the land of Technology...

As usual, *Interface* brings its reader a specific theme: in particular as regards the essays, but not exclusively so, technology is the chosen subject, including discussions of technique and science in contemporaneity. Imbedded in the heart of our times, in its approximation it is possible to discuss very nearly all aspects of current life, in the same way as one may proceed to proposals concerning technology from a wide assortment of points of view. Moreover, even as a neutral and precise instance of life, technology gives rise to heated debate and opposed feelings.

What is being presented in this issue of *Interface* is merely a sample of this diversity. However, at the same time, it represents the reiteration of technology: in Education, in Health, in Communication... Sometimes, it is seen as a favorable medical resource and, at one and the same time, as the objectification of the subject. Alternatively, it is regarded as a source of information and knowledge, but also of alienation. Or, furthermore, it can be seen as a creative possibility and the individualization of human production, which nevertheless calls for the realignment of the role of the State and a reassessment of Rights. All of these themes are present here, with an equal diversity of register: in the form of analytical texts, or as critiques, debates, images... both in favor of and against technology, a technology that informs, that teaches, that entertains, that enslaves, that deceives...

In reading the essays and texts that follow, we will find technology's redeeming facet: in the treatments and the cures it has rendered viable, in the clarifications it has provided, in the consumption it has enabled. There it stands, a magnificent achievement of Mankind, and one of which we are very proud: the development of technique, of science and of their products!

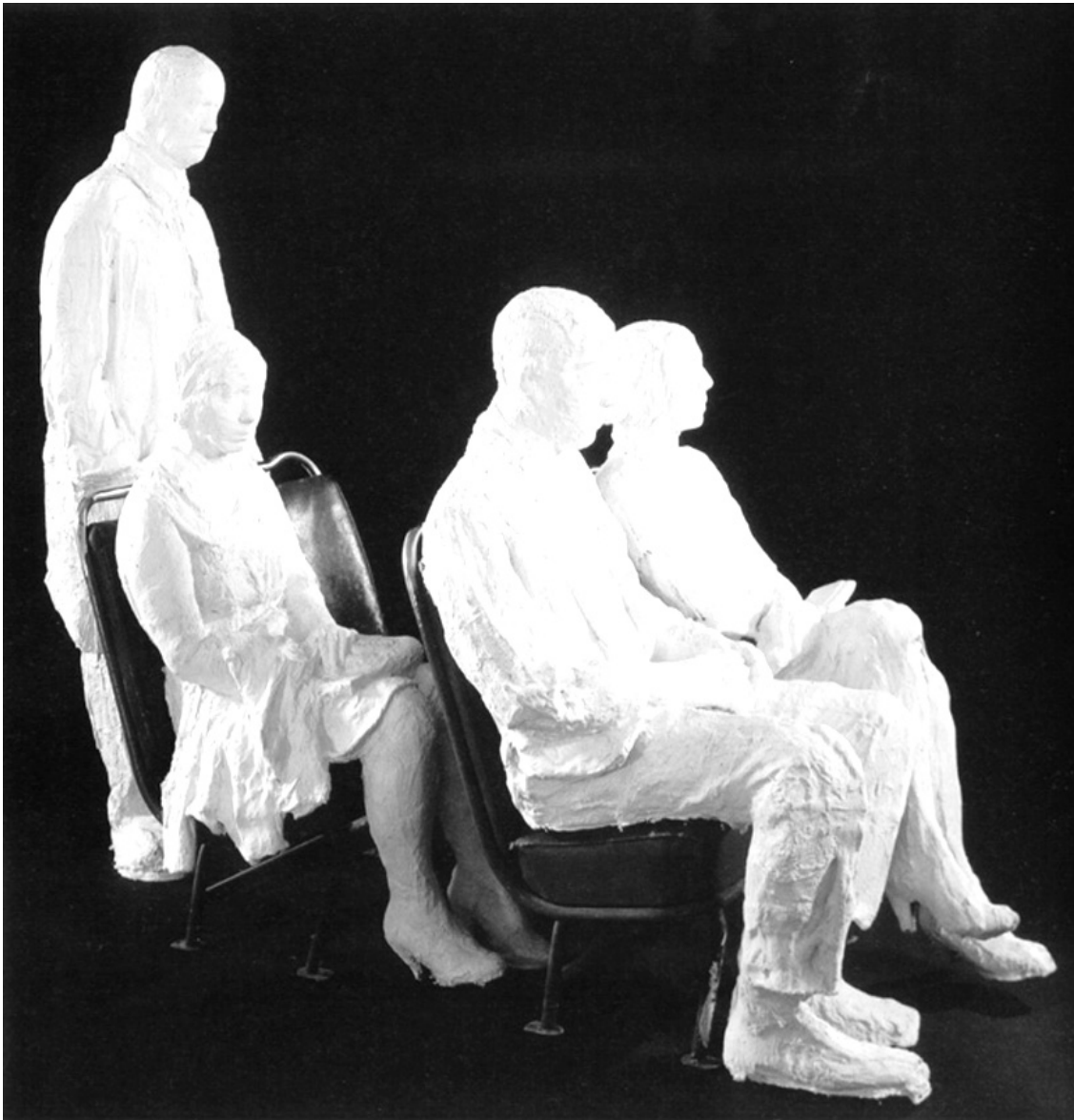
However, much has been said already about the narcissistic character of current society, and, in this "excess" of admiration for our own creative power, we yield to art and to its work. Whether due to its frightening fascination, or whether the result of its astonishing practical effectiveness, technology, today, shows its face as Lord and Master: hopelessly dependent on it, men and women regard technology as an end per se. Resorting to this figure of "excess" (an excess of assets, of mobility, of information, of knowledge, of activities... excess of self-admiration) which also marks our times, I repeat the assertion that is present in so many of the texts published here: like a spiral movement, each technology we create unfolds itself into a number of other ones, not only as a result of the former's sub-products, but largely because it spurs new creative drives and further production.

But what powers the spiral? What accelerates technology itself? Here is a reflection process that I invite the reader to embrace in his meandering through this issue of *Interface*. Its questioning core obviously lies in a dissatisfaction that remains unsolved, in an ever-present need that continues nagging despite the very many answers and creations that technology has already provided us with. What is curious, nevertheless, is not the permanent uncertainty or anguish surrounding answers not found, but forever sought after. That Humankind has employed different resources to deal with questions for which, perhaps, there are no answers, is a fact that Philosophy and the History of our Sciences clearly illustrate. In connection with this issue, the fascination lies in that, in its process of becoming utterly present, technology has transformed itself into the eternal promise of a solution. It is therefore fitting that we examine something of the imaginative power that technology brings, a power that blurs the frontiers between fact and virtuality. Although it is not yet health, the promise of healthcare becomes a cure, through the mere possession of a prescription or of the treatment to be followed; although it is not yet an explanation, the promise of understanding or of clarification, the mere possession of information is transmuted into knowledge; although it is simply consumption, access to a health care plan or possession of clinical exams is converted into healthcare or treatment...

If imaginative force is the nourishment of all creation, then the loss of its final product, its output – and its ultimate purpose as a formulation for action – is here seen to be confused, through admiration, with reverie itself, almost infinitely fostered and expanded by technology... Enchanted with this flow of imagination, with its potential for creation, we forget the activity of creation itself. Our fascination with technology as "the Work" displaces it from the condition of being the means to an end, and lends it other purposes. On one hand, we are aware of this, of the emancipatory impediment that it represents, restricting, as the lord and master of our acts, the development of the autonomy of the subject. On the other hand, we become entangled in its web of virtualities and transformed into absolute masters ... of our imagination. And this is no small feat, given the control of said imagination that has resulted from the presence of technology in Culture.

Apparently, technology itself will be transformed, to the extent that it reflects its limits and obstacles in its own spiral. But is this possible? Could such a radical self-transformation take place, without raising a primordial condition of its modern existence that, as is always the case where modernity is concerned, occurred in partnership with the market form of social life? Let the issues remain open, to spur the present reading... Nonetheless, between astonishment and damnation, thanks to the introduction of this space open to creation, an invitation to a new human being is permitted, with so many other achievements, offering a new perspective to Reason... and may technology join the discussion!

Lilia B. Schraiber



GEORGE SEGAL, 1964, *Passageiros de ônibus*. Hirshhorn Museum and Sculpture Garden, Washington DC.

Pacientes e passageiros*

Denise Bernuzzi de Sant'Anna¹

SANT'ANNA, D.B. Patients and passengers, *Interface _ Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

The essay shows a reflection about the consequences of the use of new technologies in medical practices when applied to hospitalized patients. In order to exemplify this reflection the author compared the patients to passengers of a flight in the boarding lounge of the airports.

KEY WORDS: hospital; passengers; technology.

O ensaio traz uma reflexão sobre as conseqüências do uso de novas tecnologias nas práticas médicas, para os pacientes em hospitais. Utiliza-se de uma analogia com os passageiros de viagens aéreas, nas salas de espera dos aeroportos.

PALAVRAS-CHAVE: hospital; passageiros; tecnologia.

* Parte deste texto foi apresentada na conferência de abertura da I Jornada Mineira de Psicologia, realizada em Belo Horizonte, em 27 de novembro de 1997.

¹ Professora de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

Quando frei Damião se internou pela última vez, circulou em Recife o boletim “Damiâmico”. Talvez pouca gente se lembre deste curioso boletim. Nele foram listadas as gafes cometidas por jornalistas ao informarem sobre o estado de saúde do frei, falecido em 1997. Eis algumas delas: “a situação de frei Damião é muito grave, mas ele passa bem”; “Frei Damião está em morte vegetativa”; “Frei Damião permanece em coma artificial”; “caso piore, frei Damião vai entrar na tubulação”.

Para além do aspecto desastrado destas frases, é espantoso o desconhecimento que expressam sobre o funcionamento da tecnologia empregada nos hospitais para o prolongamento da vida. Longe de ser exclusivo dos profissionais da mídia, este desconhecimento atinge a maior parte da população: fora dos círculos médicos, pouco se conhece sobre a rotina hospitalar e os pacientes em coma, ligados a máquinas.

Toda situação similar ao coma de Frei Damião desafia padrões éticos e questiona o vocabulário cotidiano. Faltam palavras para nomear esses pacientes que parecem vivos num certo sentido e mortos em outro. Falta entendimento e formas de expressão capazes de dar conta disto que se assemelha a um terceiro tipo de vida, garantido pelas tecnologias hospitalares. Falta, enfim, critérios para designar esta existência, na qual o indivíduo (seria ainda um indivíduo?) repousa sobre um não-lugar, entre a vida e a morte.

“Ficar” entre a vida e a morte não é uma possibilidade nova na história da Medicina. Todavia, graças ao desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, esta possibilidade ganhou uma duração outrora inusitada: o espaço entre a vida e a morte se dilatou, a ponto de criar uma situação por vezes constrangedora aos familiares e amigos do paciente, pois eles também passam a viver uma espécie de *terceiro estado*: nem estão totalmente de luto, nem podem comemorar verdadeiramente a volta do paciente à vida.

Talvez, como lembrou Jankélévitch (1977, p.449), “*quem não morre não vive. A eterna vida de uma flor de estufa, por exemplo, é uma eterna morte*”. Mas não é somente nas situações de coma que se busca a vida ao lado da conservação ou da retenção. O constrangimento de não saber como

classificar aqueles pacientes em coma, a dificuldade em lidar com os sentimentos de seus familiares também não são exclusivos às situações de enfermidade grave.

Desde que os hospitais incorporaram tecnologias industriais e a cirurgia se tornou uma prática amplamente hospitalar, inúmeros produtos químicos e diferentes máquinas passaram a nutrir o trabalho científico e o lucro de grandes empresas. Contudo, a decodificação deste trabalho é raramente partilhada com toda a sociedade.



EDVARD MUNCH, Morte no quarto do doente, 1892

Nem mesmo o funcionamento das instituições hospitalares é assunto amplamente explorado e investigado, de modo que a tendência geral é conhecer suas especificidades somente quando se vive a experiência da internação, diretamente ou através de amigos e familiares.

O paciente e suas esperas

Em várias partes do mundo, a decoração e arquitetura hospitalar tornaram-se semelhantes àquelas de hotéis, aeroportos e *shoppings centers*. Espaços globalizados que incorporaram a presença de jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiro, lanchonete, salas de espera com jornais e revistas etc. A palavra hospital (que do latim vem de “*hospes*”) sugere os termos de hospedaria e hóspede. No entanto, na medida em que a cura deixou de ser aceita como resultado da evolução normal das doenças, o hospital se tornou um espaço destinado a curar e, ao mesmo tempo, “*uma escola de aprendizado para a morte*” (Antunes, 1991, p.165). Aprendizado difícil pois, mesmo naqueles hospitais ou alas hospitalares semelhantes a hotéis cinco estrelas, a transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência de uma série de separações e, por conseguinte, de sofrimento. Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit para com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade. Em diversas alas do hospital, a ausência de rostos, paisagens e objetos familiares acentua a perda de referências e o sentimento de abandono. Nas UTIs, este aspecto ganha contornos mais graves. Nestes locais, os pacientes deitados em seus leitos parecem diminutos diante de toda a aparelhagem a qual seus corpos estão ligados.

A vivência de separações inclui a fragmentação do tempo, do corpo e das atividades. A imagem do conta-gotas é, nesse caso, exemplar. Em alguns casos, os visitantes são admitidos a conta-gotas enquanto toda a rotina do hospital que precede e sucede às cirurgias parece ritmada pelo pinga-pinga: muitas informações sobre o estado do paciente, o potencial dos remédios prescritos, os horários das cirurgias e da “próxima injeção” também são transmitidas aos pacientes e familiares a conta-gotas, aos pedaços. O que implica viver sob a angústia da espera. Espera-se o



FRIDA KHALO, O hospital Henry Ford ou A cama voando, 1932

próximo remédio, o próximo diagnóstico, a próxima visita, a próxima refeição, o próximo banho, o próximo dia e a próxima noite. Por vezes, a rotina de esperas cria para o doente, com seus sofrimentos e solicitações, a constrangedora sensação de que ele é um obstáculo ao bom funcionamento do hospital.

Ao transtorno de viver dependente dos cuidados alheios, pode-se somar aquele provocado pela quebra da conexão entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade: o corpo do hospitalizado transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas; ele é freqüentemente tratado por partes e abstraído através de exames e fichas de cadastramento; a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais - sangue, genes, óvulos, espermatozoides, órgãos, ossos etc - passíveis de mensuração e avaliação científica. O indivíduo se torna divisível na medida em que a intimidade de seu organismo é exposta dia e noite.

Corpos em pedaços, do mesmo modo que o sono do paciente tende a ser cortado em diversas partes, transtornando a alternância entre dia e noite. Mas a imagem da fragmentação também inclui os funcionários que cuidam dos pacientes. Freqüentemente, em hospitais grandes, muitos funcionários, inclusive auxiliares de enfermagem, vivem uma rígida divisão de tarefas que acaba cindindo em muitos “pedaços” o trabalho hospitalar: neste caso, há os encarregados de verificar a pressão arterial, aqueles responsáveis pela retirada do sangue, aqueles que trazem a comida, que carregam as macas, que limpam o paciente etc. O corpo de cada paciente passa por dezenas de mãos, é visto, vasculhado e examinado por inúmeros profissionais, de ambos os sexos e diversas idades. Os funcionários, por sua vez, passam seus dias manipulando inúmeros corpos, vendo e presenciando diferentes tipos de sofrimento.

A ruptura com a vida cotidiana desencadeia uma carência de presença: enfermeiras funcionam, por vezes, como “doadoras” de presença e de atenção, “doadoras de tempo”, figuras fundamentais para reestabelecer os laços entre o paciente e a vida. A imagem de anjos, mensageiros e mediadores entre a vida e a morte, ainda se mantém, apesar da precariedade das mensagens e dos contatos estabelecidos. Em alguns casos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem utilizam o diminutivo para se referir às partes do corpo do paciente, (perninha, bracinho, mãozinha). Talvez porque lhes pareça que, desse modo, seja possível transmitir algum afeto ou confiança, podendo, assim, reduzir o constrangimento do paciente provocado pela exposição constante de seus males e de suas intimidades físicas. Tratar pacientes adultos como crianças pode resultar de uma intenção de reduzir a vergonha daqueles que, possivelmente, sintam-se embaraçados em precisar expor suas dores e sofrimentos a grupos de desconhecidos. Este embaraço possivelmente não existiria se, na vida diária, fora do hospital, não houvesse tantas censuras e aversões à expressão da dor e da doença. Mas, como vivemos numa cultura em que a vergonha de estar doente parece ter sido naturalizada, talvez seja apenas desculpável se queixar da dor quando se é criança, quando não se é totalmente responsável pelo próprio corpo. Além disso, as referências à infância também podem servir como refúgio quando se

busca acalantar a dor de ter sido obrigado a interromper a vida produtiva².

² A este respeito ver Pitta, 1990.

Do hospital ao aeroporto

Transportar pacientes entre as alas é uma rotina hospitalar. Especialmente o transporte daqueles que partem ou chegam de cirurgias: há qualquer coisa de viagem nessa experiência de ser transportado, admite Pouchelle (1995) em sua pesquisa etnográfica. Viagem, transporte, suspensão da vida mas também a presença de um espaço muito parecido com o das viagens aéreas. A conotação aeronáutica do espaço hospitalar não é apenas subjetiva. No aspecto tecnológico, o ar condicionado e os fluxos laminários horizontais para eliminar a poeira foram primeiramente concebidos pela NASA para as cápsulas espaciais (Pouchelle, 1995). Além disso, um novo conjunto de pesquisas visando criar estações de trabalho em “telepresença” é atualmente sustentado tanto pelos fundos do Advanced Research Project Agency quanto por aqueles da NASA. Entre os objetivos dessas pesquisas está o de realizar a distância e de modo telerobotizado intervenções cirúrgicas complexas.

Viagem no espaço e no tempo: distanciados da rotina e de suas experiências habituais, os pacientes, e também os passageiros de um avião, tendem a transformar o passar das horas numa de suas principais referências. Nos hospitais, a tirania do tempo do relógio mostra-se coberta de razão, afinal, o respeito a ele pode salvar vidas. Mas é interessante observar o quanto a consulta às horas também é bastante freqüente aos passageiros de aviões. Como se durante a passagem para outro lugar, fosse quase impossível deixar despercebido o mover dos ponteiros do relógio. Como se este fosse a única referência capaz de ligar o passageiro à sociedade. Também, no aeroporto a vivência da espera raramente passa despercebida.

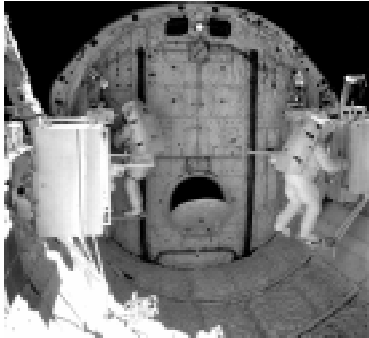
A espera da decolagem e a espera da cirurgia envolvem freqüentemente tensão, dúvida e receio. No aeroporto, antes do passageiro embarcar, ele deve passar pela sala de espera em que se encontram apenas os passageiros, e não mais os familiares e amigos que porventura não vão viajar. No hospital, quando o paciente é conduzido para a cirurgia, é também freqüente a sua passagem por alguma espera, na qual ele está só, ou junto com outros pacientes, que também estão destinados a “embarcar”. E no momento do “embarque”, a semelhança de alguns hospitais com os aeroportos chega a ser flagrada inclusive quando as informações sobre qual vai ser a próxima cirurgia são transmitidas por uma espécie de torre de comando, como se o paciente fosse um avião esperando a decolagem.

Os indivíduos tornados



Centro Regional da Fotografia, Nord Pas-de-Calais, França.

pacientes no hospital e passageiros no aeroporto passam por uma espécie de transporte que inclui uma entrega de suas vidas: entregam seus corpos e seus pertences pessoais a profissionais desconhecidos e a equipamentos



tecnológicos cuja compreensão lhes escapa. Durante cirurgias e viagens, os corpos permanecem sob o comando de especialistas encarregados de pilotá-los. Tanto os passageiros dos aviões quanto os pacientes dos hospitais tendem a ser separados de suas bagagens, convidados, ainda que discretamente, a manterem-se calmos e dóceis. As aeromoças, tais como as enfermeiras, também fornecem informações a contagotas, também cuidam dos corpos dos passageiros, observando se estão presos a cintos de segurança, vigiando suas posturas e auxiliando em eventuais indisposições físicas. E também lembram os anjos,

mediadores e mensageiros aéreos, afinal, “aeromoça é uma moça do ar”³.

Como nos hospitais, nos aviões e nos aeroportos, existem divisões de classe e concentração de conforto para uma minoria. Mas todos estão sujeitos a acidentes, à morte, ao sofrimento ocasionado por temores e indisposições. Os passageiros quase não vêem os pilotos nos aviões, assim como os pacientes quase não vêem os médicos nos hospitais. Vê-los é sempre motivo de preocupação e, ao mesmo tempo, de alívio.

Quase suspensos do cotidiano de cada cidade, hospitais e aeroportos funcionam como uma espécie de habitante estrangeiro pouco integrado, como se eles tivessem um pé dentro e outro fora das fronteiras históricas e geográficas dos diversos municípios. Recentemente, muitos hospitais começaram a incluir em seu espaço lojas, postos bancários, restaurantes, entre outros serviços. Ao mesmo tempo, muitos aeroportos foram construídos fora das cidades e passaram a incluir muitos de seus serviços e funções. Assim, diversos aeroportos deixaram de ser apenas um lugar de embarque e desembarque. O aeroporto de Schiphol, por exemplo, próximo de Amsterdam, reúne restaurantes, hotéis, supermercados e escritórios. Há uma população que procura este aeroporto como quem procura a cidade: para realizar as compras de casa, para trabalhar e se divertir. Em várias partes do mundo os aeroportos incluem a presença de lojas, restaurantes, bares, piscina, *business center* etc. De fato, quanto mais o aeroporto se

³ Segundo a aeromoça Yolanda Esturba in Beiguelman, 1996, p.85.



Ultrassonografia de feto de 9 semanas

afastou da cidade, mais ele passou de ser uma “aero-cidade”.

Desde o primeiro aeroporto criado em Londres, em abril de 1920, até os mega-aeroportos da década de 1990, passando pela criação do aeroporto francês de Roissy e pelo aeroporto de Kansai, construído sobre o mar, numa imensa ilha artificial, os seus frequentadores deixaram de ser somente pessoas ilustres e pertencentes à elite⁴. Atualmente, os passageiros são também pessoas anônimas e da classe média, que viajam em função do lazer e do trabalho.

⁴ Bellanger & Marzloff, 1996.

A banalização das viagens não retira delas, contudo, todo o seu aspecto extraordinário. Banalização paralela à transformação dos aeroportos em locais de atendimento de companhias de aviação, passageiros e acompanhantes, contando com inúmeros serviços que incitam o consumo de alimentos, roupas e diversão. Na capital paulista, o aeroporto de Congonhas chegou a ser um espaço de lazer domingueiro das famílias e ponto de encontro da boemia paulistana, uma vez que o “café do aeroporto” ficava aberto 24 horas.

Com a emergência dos aviões a jato, houve uma verdadeira revolução na história da aviação, redefinindo a infra-estrutura aeroportuária e as relações entre o aeroporto e a cidade. Embora os motores dos aviões comerciais fossem de pistão, suas perturbações sonoras eram consideradas de nível aceitável. Mesmo quando os motores quebravam, o barulho ainda possuía alguma similitude com a barulheira de louça quebrada. Mas, a partir da década de sessenta, a natureza do barulho mudou na proporção da evolução dos motores. Uma vibração e um barulho até então desconhecidos fomentaram a necessidade do afastamento dos aeroportos do espaço urbano.

Os hospitais também sofreram inúmeras modificações no decorrer de sua longa história, incluindo a transformação da morte numa missão hospitalar e a tarefa de avaliar tecnologias médicas de ponta. Ribeiro (1993) lembra que o hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que se modificou mas é de fato uma instituição nova, com processos de trabalho, administração, finalidades, instrumentos e características antes inexistentes. O elemento que permaneceu em meio a todas estas mudanças, diz Ribeiro (1993, p.31), é “o homem que sofre e morre”.

Ao contrário dos hospitais, os aeroportos atraem visitas voluntárias. Alguns aeroportos, como o de Kansai, no Japão, tornaram-se templos da modernidade na medida em que expressam o refinamento tecnológico contemporâneo. Neste aspecto, aeroportos e shoppings centers são integrados em majestosos e custosos projetos arquitetônicos que servem, entre outras coisas, para ostentar internacionalmente o poderio econômico de determinadas empresas. Pode-se até mesmo pensar que se o ano 1000 foi para a Europa o tempo das catedrais, o de 2000 dá lugar à transformação de aeroportos e shoppings em novas catedrais da indústria, da publicidade e da técnica. Nestas catedrais contemporâneas há a fruição não mais do sagrado e sim do laico consumo. Se nas antigas catedrais pretendia-se abrir passagem para o tratamento do espírito, nas novas a atenção é para com a passagem dos corpos.

Nos aeroportos, por exemplo, trata-se de embarcar milhares de corpos vivos ao céu. Voando, estes corpos se liberam provisoriamente da geografia

e das temporalidades que regiam sua vida na Terra. Um desligamento tão fascinante quanto aterrador. Para o aviador Saint-Exupéry (1958, p.241), um desligamento desse tipo libera alguns sonhos e sufoca outros: “A prisão não está ali onde se trabalha com a enxada. Não há o horror material. A prisão está ali, onde o trabalho da enxada não tem sentido, não liga quem o faz à comunidade dos homens. E nós queremos fugir da prisão”.

Talvez existam milhões de homens e de lugares carentes de sentido, contribuindo para desconectar populações inteiras, não apenas de suas casas, seus bairros e suas culturas; desconectá-las, também, de seus corpos.

Dor nobilitante e dor sem sentido

Quando a anestesia foi descoberta, em 1846, a dor física ainda possuía vários sentidos. Podia exercer um papel enobrecedor: resistir bravamente à dor durante a extração de um dente, por exemplo, contribuía para a boa formação do caráter, especialmente quando se tratava do sexo masculino. Muitas narrativas que expunham as penas sofridas em cirurgias e as dores vividas em acidentes e doenças continham uma função pedagógica. Ensinavam a valorizar o ser humano e a dotar cada um de coragem e persistência. No lugar de ser

um limite para a vida, a dor mostrava os limites de cada corpo. No Brasil, os anúncios publicitários para remédios entre 1890 e 1920 ainda expunham sem constrangimentos longas narrativas sobre as dores físicas. Como se naqueles tempos, fosse mais tolerável do que hoje ouvir os discursos sobre a dor. A alusão aos prazeres ainda não era uma regra geral da publicidade e diversos desenhos e fotografias de rostos crispados pela dor, pernas, úteros, ventres, enfraquecidos por feridas e outros males, apareciam sem grandes pudores entre as páginas dos principais jornais e revistas do país. Não que se fizesse a apologia da dor. Apenas ela era acolhida com uma naturalidade que pode parecer estranha em épocas como a nossa, de extrema naturalização da saúde e do prazer infinitos. Existiam, evidentemente, aqueles que faziam da dor o principal sentido da vida. Mas não era inusitado encontrar quem insistisse em dizer: é a vida que fornece sentido à dor e não o contrário.

O esquecimento dos diversos sentidos que a vida atribuiu à dor é sobretudo de natureza histórica. Antes da massificação da anestesia nos hospitais, por exemplo, as cirurgias eram completamente diferentes daquelas que conhecemos na atualidade. Ao abordá-las, Peter (1993) sugere um espetáculo barulhento e pleno de suor, porque povoado de gritos e de muita força física. Pacientes amarrados, amordaçados, que relutavam e hesitavam em operar, ou que fugiam da operação; pacientes que, ficando conscientes durante as cirurgias, gritavam com todas as suas forças. A cena cirúrgica dessa época “repleta de sangue e pontuada por gritos do paciente”⁵ ainda sugere o suplício, diferentemente de hoje, quando a cirurgia ganhou o silêncio, mergulhando médicos e pacientes numa íntima relação com a tecnologia.

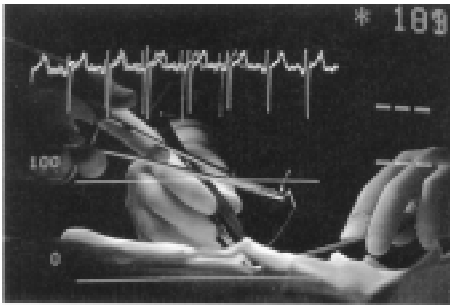
⁵ Expressão de Alain Corbin em entrevista realizada por Sant’Anna, 1999, p.212.



Tecnologia e novas sensibilidades

Entre o médico e o paciente, estão as máquinas. Desde a década de 1970, os aparelhos endoscópicos, por exemplo, conhecem um franco sucesso e, com a introdução das pequenas câmaras neles fixadas, as cirurgias puderam ser acompanhadas não apenas pelo médico mas por toda a sua equipe através do monitor de vídeo. O interior do corpo do paciente é visto na tela por um coletivo, e é para ela e não para o corpo real que os olhares de toda a equipe se dirigem.

Novamente a cena cirúrgica se transforma. Nela, ganha densidade a presença da participação coletiva em torno do televisual. A partir da década de 1990, as cirurgias assistidas por computador tornam real o antigo sonho de fazer da medicina algo ao mesmo tempo experimental e preditivo. Inúmeras cirurgias deixam de ser verdadeiras provas de heroísmo e valentia do paciente diante do enfrentamento da dor e das incertezas sobre sua cura. Como se as cirurgias, ao serem “micro”, entrassem numa fase minimalista, ganhando uma discricção até então desconhecida. As ablações de vesícula biliar, por exemplo, feitas através da endoscopia, trazem vantagens evidentes ao paciente: pequenas cicatrizes, pouca dor e recuperação rápida.



Cirurgias mini-invasivas que implicam, sem dúvida, o estreitamento dos vínculos entre medicina e engenharia, assim como a criação de novos objetos técnicos exigindo uma coordenação entre a mão e os olhos do cirurgião cada vez mais refinada. Uma nova escala de sensibilidade deve, portanto, ser apreendida pelo cirurgião.

Especialmente aquela referente à sensibilidade táctil. Pois numa cirurgia por computador, o cirurgião percebe forças e resistências durante a incisão de tecidos que seriam imperceptíveis se realizadas com suas mãos diretamente no corpo real (Lenoir, 1999). A familiaridade sempre exigida do cirurgião para com o corpo doente inclui agora uma íntima relação com a máquina e um aprendizado relativo a inusitados usos da força na condução da mão e dos dedos, assim como uma precisão inédita na integração destes com seus olhos. Tal rede de relações sensíveis e perceptivas é exigida, também, quando o cirurgião planeja e simula uma cirurgia por meio das técnicas de modelização por computador do corpo do paciente. E aqui, novamente, a semelhança com o universo aeroviário



Centro Regional da Fotografia, Nord Pas-de-Calais, França.



aparece. Há tecnologias que permitem ao cirurgião repetir sua operação sobre o modelo numérico do paciente “*exatamente como se ele estivesse num simulador de vôo*” (Lenoir, 1999, p.59).

Simulação da cirurgia e do vôo, o que permite aos profissionais dessas áreas a experiência de perspicácias e de percepções novas. Enquanto pacientes e passageiros experimentam novas tecnologias que tendem a reduzir o desconforto durante cirurgias e viagens, prometendo mais rapidez e segurança, médicos e pilotos vivenciam sensibilidades ligadas ao plano da simulação.

Resta saber quais novos receios e expectativas, tanto dos especialistas quanto dos pacientes e passageiros, são inventados e fomentados por essas tecnologias que antecipam, simulam e virtualizam as diferentes situações de cirurgia e de vôo. Resta saber, ainda, e principalmente, se os sonhos e medos criados por elas tem a potência de reconectar os corpos às suas forças, não exatamente para se livrar para sempre da doença e do acidente, mas para retirar deles o perfil obscuro e anti-natural que a contemporaneidade lhes atribuiu.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, J. L. F. **Hospital, instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- BEIGUELMAN, G. **No ar, 60 anos do aeroporto de Congonhas**. São Paulo: Infraero, 1996.
- BELLANGER, F. ; MARZLOFF, B. **Transit, les lieux et les temps de la mobilité**. Paris: De l'Aube, 1996.
- JANKÉLÉVITCH, V. **La mort**. Paris: Flammarion, 1977.
- LENOIR, T. Les nouveaux chirurgiens. In: LES CAHIERS DE SCIENCE & VIE. Paris: Excelsior, 1999.
- PETER, J. P. **De la douleur**. Paris: Quai Voltaire, 1993.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- POUCHELLE, M.C. Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme. In: LAUTMAN, F. ; MAÎTRE, J. **Gestions religieuses de la santé**. Paris: L'Harmattan, 1995.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- SAINT-EXUPÉRY, A. **Terra dos homens**. Trad. Rubem Braga. Rio de Janeiro: José Olympio, 1958.
- SANT'ANNA, D. B. Uma história quase impossível. **Projeto História**, n.19. São Paulo: Educ, 1999.

SANT'ANNA, D.B. Pacientes y pasajeros, *Interface _ Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

El ensayo trae una reflexión sobre las consecuencias del uso de nuevas tecnologías en las prácticas médicas para los pacientes en hospitales. Para ello se utiliza de una analogía con los pasajeros de viajes aéreos en las salas de espera de los aeropuertos.

PALABRAS-CLAVE: hospital; pasajero; tecnología.

Arte, técnica e indústria cultural

Ari Fernando Maia¹

MAIA, A. F. Art, technique and the cultural industry, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

The purpose of this paper is to specify the theoretical and social elements that, in their historical development, culminated in what Adorno and Horkheimer called the Cultural Industry, emphasizing in historical terms the changes that took place in the social roles of art and of technique. To this end, it refers to the thoughts of other philosophers to characterize the relation between society, art and technique, in which the two latter elements are regarded as emancipators. Moreover, it resumes the Marxist concept of the fetishism of merchandise, to indicate the historical and economic basis of the development of the production of cultural goods. It also discusses some of the consequences of the existence of a cultural industry for social life, in particular those concerning television. Finally, it highlights the care that must be taken in critiquing cultural industry.

KEY WORDS: art; technique; Cultural industry; Critical theory.

O texto procura resenhar alguns elementos teóricos e sociais que, em seu desenvolvimento histórico, culminaram no que Adorno e Horkheimer chamaram de Indústria Cultural, destacando as modificações que ocorreram historicamente nos papéis sociais da arte e da técnica. Para isso toma como referência algumas elaborações de outros filósofos para caracterizar uma relação entre a sociedade, a arte e a técnica em que estas últimas eram vistas como emancipadoras. Além disso, retoma o conceito marxista de fetichismo da mercadoria para indicar a base histórico-econômica do desenvolvimento da produção de mercadorias culturais. Procura também desenvolver algumas conseqüências da existência da indústria cultural para a vida social, em especial aquelas que dizem respeito à televisão. Finalmente, aponta para alguns cuidados necessários quando se deseja fazer uma crítica da indústria cultural.

PALAVRAS CHAVE: arte; técnica; Indústria Cultural; Teoria Crítica.

¹ Professor do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Bauru, São Paulo. E-mail: arimaia@bauru.unesp.br

Alguns pontos de partida

Há mais de dois séculos, escrevia a respeito das artes um filósofo alemão:

Toda melhoria política deve partir do enobrecimento do caráter - mas como poderá enobrecer-se o caráter sob a influência de uma constituição estatal bárbara? Para esse fim seria preciso encontrar um instrumento que o Estado não dá e abrir fontes que se conservem limpas e puras apesar de toda podridão política. (...) Esse instrumento está nas belas-artes, estas fontes abrem-se em seus modelos imortais. Arte e ciência são desobrigadas de tudo que é positivo e que foi introduzido pela convenção do homem, ambas gozam de uma absoluta imunidade em face do arbítrio humano (Schiller, 1992, p.63).

Se no século XVIII o filósofo pôde imaginar alguma independência entre a arte e a 'política' sendo a função daquela uma educação estética que teria por base a cultura² (Kultur), atualmente essa possibilidade - que sempre foi contraditória - perdeu-se. Shiller parte da premissa de que há duas forças que nos impelem, um impulso *sensível* que seria parte da existência física do homem, de sua 'natureza sensível' cuja finalidade seria submeter os homens às limitações das modificações que ocorrem no tempo, à sensibilidade; para ele, o homem neste estado nada mais é que uma unidade quantitativa, um momento de tempo preenchido; por outro lado, existe um impulso *formal* que teria como ponto de partida o ser absoluto do homem, sua 'natureza racional', e teria como finalidade sua liberdade, a afirmação da personalidade. A cultura caberia a tarefa de harmonizar esses dois impulsos contraditórios:

Sua tarefa (da cultura), portanto, é dupla: primeiramente, resguardar a sensibilidade das intervenções da liberdade; segunda, defender a personalidade contra as forças da sensação. Uma tarefa ela realiza pela educação da faculdade sensível, a outra, pela educação da faculdade racional (p.81).

Esse projeto filosófico de uma educação estética carrega pelo menos duas contradições: primeiramente, as condições objetivas, desde o século XVIII e até hoje, simplesmente escarnecem de qualquer tentativa de uma educação dos sentidos e da razão que permitam independência e liberdade e, além disso, a própria razão, contraditoriamente, perverteu-se em *ratio*, em uma razão técnica pretensamente objetiva, e envolve toda a sociedade em um esquema totalitário que educa a sensibilidade numa espécie de anti-educação dos sentidos, isto é, uma educação que prepara os homens para a heteronomia e para a subserviência na mesma medida em que reforça a idéia de uma interioridade monadológica e de uma ação individual dos sujeitos. Por outro lado, não é possível pressupor uma unidade harmônica entre os interesses dos indivíduos e as realizações da sociedade por meio da educação estética, tendo em vista a realidade material desenvolvida no

² O sentido aqui utilizado é o correspondente à palavra alemã *Kultur*, em contraposição ao termo *Zivilization*. A primeira representa a 'cultura' como mundo do espírito destacada da realidade material, enquanto o segundo representa o mundo empírico, as condições materiais. A raiz histórica dessa separação é arcaica. Segundo Adorno (1998): "a própria cultura surge da separação radical entre trabalho intelectual e trabalho braçal, extraindo dessa separação, desse 'pecado original', a sua força". A dicotomia desenvolvida a partir do idealismo alemão é criticada mais adiante no texto.

mundo burguês. Não é possível harmonizar nas idéias o que está cindido objetivamente. Mas talvez fosse possível à arte contrapor-se ao mundo e gerar uma contradição, pelo menos no campo das 'idéias', e relembrar uma felicidade que desconhecemos.

Entretanto, em nosso século, assistimos à perda da possibilidade da sensibilidade estética se contrapor ao estado político e econômico existente. Este, obra humana, histórica, ganha autonomia em relação aos homens, tornados objetos da maquinaria que eles mesmos criaram e que sustentam a duras penas. A ciência, a arte e a técnica participam desse processo histórico como motores da 'dialética do esclarecimento', do processo de progressiva dominação da natureza e dos homens que, em nossa época de formidável desenvolvimento tecnológico, praticamente excluiu tudo o que não se encaixa na engrenagem, ao mesmo tempo em que se multiplicam as possibilidades de algo melhor. A arte enquanto duplicação do existente apontando algo melhor deixou de existir no âmbito da indústria cultural.

A contribuição da esfera da 'cultura' (Kultur) para esse 'desenvolvimento' não é desprezível. Marcuse (1997), referindo-se a um momento histórico específico, descreve o processo denominando essa forma ideal de 'cultura afirmativa'. Primeiramente, por meio dela distingue-se o mundo do espírito (Geist) do mundo da sensibilidade e da necessidade, sendo o primeiro uma esfera autônoma de valores, universais e acessíveis a qualquer indivíduo *a partir de sua interioridade*. A realização da cultura é a realização da personalidade e nesta tarefa encontra-se a felicidade possível.

Mas o conteúdo de felicidade prometido é descolado da realidade material, é uma felicidade 'interior', da 'alma' e, dessa forma, de fato, não somente a felicidade é negada - pois as condições materiais para que ela se realize não estão presentes - mas, além disso, justifica-se uma realidade de alienação e dominação. A cultura afirmativa é ideologia, no sentido descrito por Adorno e Horkheimer (1978): "*a ideologia é justificação*" (p.185). Como tal, tem também seu conteúdo de verdade. Segundo Marcuse (1997), a cultura afirmativa: "*Não contém só a legitimação da forma vigente da existência, mas também a dor causada por seu estado; não só a tranquilidade em face do que existe, mas também a recordação daquilo que poderia existir*" (p.99). O caráter contraditório da cultura e da técnica - que caminharam juntas na evolução da sociedade - está ainda presente em nossa época, em que o caráter afirmativo da cultura foi superado em favor de um modo de relação dos indivíduos com os dados 'culturais' ainda mais perverso. Mas esse caráter contraditório encontra-se suprimido face à utilização de ambos como instrumentos de dominação.

A crítica da cultura tem de ir além dela, e de fato alcança seu objeto observando suas determinações na realidade material. Para essa tarefa, toma-se como base a filosofia dialética, principalmente em sua vertente materialista - a



teoria crítica da sociedade. Mas, seria errôneo imaginar que, já no século XVIII, não houvesse quem vislumbrasse os indícios dessa situação. Rousseau (1997) já apontava com precisão um ponto fundamental:

Enquanto o governo e as leis atendem à segurança e ao bem-estar dos homens reunidos, as ciências, as letras e as artes, menos despóticas e talvez mais poderosas, estendem guirlandas de flores sobre as cadeias de ferro de que estão eles carregados, afogam-lhes o sentimento dessa liberdade original para a qual pareciam ter nascido, fazem com que amem sua escravidão e formam assim o que se chama povos policiados. A necessidade levantou os troncos; as ciências e as artes os fortaleceram (p.190).

O filósofo genebrino não para aí e, ao que parece, a leitura que faz de sua época é aguda o suficiente para atingir a nossa: *“Atualmente, quando buscas mais sutis e um gosto mais fino reduziram a princípios a arte de agradar, reina entre nossos costumes uma uniformidade desprezível e enganosa, e parece que todos os espíritos se fundiram num mesmo molde”* (p.192). A individualidade, entendida como autonomia intelectual, flexibilidade, uso crítico da razão historicamente constituída, desemboca na ‘pseudo-individualidade’, na máscara da individualidade pelo consumo de mercadorias.

O adestramento dos sentidos para a incorporação dos indivíduos à maquinaria do sistema faz uso da técnica e da ‘cultura’ para criar uma situação em que os indivíduos se sentem felizes sem de fato sê-lo. Mas para aprofundar essa questão é preciso uma pequena digressão.

Ideologia e Mercadoria

Um pequeno parágrafo do ‘Manifesto Comunista’ ilustra como, a partir de Marx e Engels (1993), a questão da cultura e da sensibilidade estética só pode ser pensada com relação ao Capital, ao mundo das mercadorias, à ‘civilização’ que incorpora a ‘cultura’: *“A cultura (Bildung) cuja perda o burguês tanto lastima é para a imensa maioria apenas um adestramento para agir como máquina”* (p.83). O capital, enquanto ‘potência social’, desenvolve e mobiliza nos indivíduos aquelas capacidades, hábitos e traços de personalidade que lhe são adequados. Poder-se-ia falar, em um certo

sentido, que os indivíduos aderem às ideologias que emanam do modo de produção capitalista em função justamente daqueles hábitos e capacidades que desenvolvem em sua educação nessa sociedade e que correspondem às ideologias. Mas é preciso analisar essa questão com mais detenção para não dar azo a dúvidas.

Quando Marx e Engels (1989) tomam como objeto a ideologia, começam por afirmar que os homens produzem sua existência coletivamente - um modo de vida - ao produzirem os meios que permitem a existência da sociedade, isto é, *“o que os indivíduos são depende*



(...) *das condições materiais de produção*” (p.13). Inclusive o campo das idéias pode ser incluído como uma produção das relações materiais entre os homens: “*A produção das idéias, das representações e da consciência está, a princípio, direta e intimamente ligada à atividade material e ao comércio material dos homens*” (p.20). A ideologia seria uma inversão dessa verdade fundamental: “... *em toda ideologia, os homens e suas relações nos aparecem de cabeça para baixo (...), esse fenômeno decorre de seu processo de vida histórico*” (p.21). Essas idéias, portanto, em alguma medida dizem respeito à realidade material sem que, no entanto, a realidade material se revele diretamente por meio delas.

Mas, como os homens poderiam produzir idéias que tivessem como origem sua realidade material e que, ao mesmo tempo, refletissem essa realidade apenas parcialmente? A resposta de Marx e Engels é que, a partir do momento em que, historicamente, surge a divisão de trabalho como forma social dominante: “*a consciência está em condições de se emancipar do mundo e de passar à formação da teoria ‘pura’, teologia, filosofia, moral etc*” (p.27).

A outra consequência dessa divisão do trabalho é que o próprio processo de trabalho ocorre como uma força objetiva contra a qual o sujeito nada pode. Ocorre uma “... *consolidação do nosso próprio produto pessoal em uma força objetiva que nos domina, escapando ao nosso controle, contrariando nossas expectativas, reduzindo a nada nossos cálculos*” (p.29). O trabalho alienado, origem das fantasmagorias que impedem a liberdade dos indivíduos, desdobra-se ainda no ‘fetichismo da mercadoria’. Segundo Marx (1988):

O misterioso da forma mercadoria consiste, (...) simplesmente no fato de que ela reflete aos homens as características sociais do seu próprio trabalho como características objetivas dos próprios produtos de trabalho, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social existente fora deles, entre objetos (p.71).

Quando os homens se defrontam com a sociedade, o mundo das mercadorias já se apresenta como uma forma ‘natural’ da vida social pois, justamente, está desconsiderado seu caráter histórico. O equivalente universal, a forma dinheiro, objetivamente, completa o serviço de: “*velar o caráter social dos trabalhos privados e, portanto, as relações sociais entre os produtores privados*” (p.73). Marx, portanto, apontou diretamente para o motivo da impossibilidade de uma formação (bildung) que permitisse ‘liberdade e independência’ no processo social que gera a reificação e, além disso, desmascarou a idéia de uma educação estética libertadora proposta pela cultura afirmativa como sendo ideologia, uma visão parcial e ideal da realidade material, consequência dessa mesma realidade e a ela correspondente.

Mas a compreensão da função da cultura afirmativa nesse contexto implica uma análise mais sutil para captar os detalhes do processo histórico

de conformação dos indivíduos às condições do mundo reificado. Dada a contradição entre os ideais revolucionários da burguesia e suas reais realizações, a cultura afirmativa representava a humanidade como universalidade irreduzível e distinta das condições materiais; isso implica que ela representava um ideal, mas um ideal que não necessariamente seria realizado materialmente. A formação cultural dos indivíduos é apresentada como um ideal a ser alcançado: o de um estado interior de beleza, bondade e liberdade. Estas seriam qualidades da alma, independentes da realidade material. Mas, segundo Marcuse (1997): “*A liberdade da alma foi utilizada para desculpar miséria, martírio e servidão. Ela serviu para submeter ideologicamente a existência à economia do capitalismo*” (p.108). Além disso, embora fosse a alma irreduzível, precisaria, no entanto, ser educada, implicando uma tarefa educacional, formativa: o domínio dos sentidos e a interiorização da fruição.

A consequência dessa interiorização e dessa ‘educação’ é que a promessa de felicidade contida na obra de arte é sempre experimentada de modo fragmentado e episódico, em meio à infelicidade objetiva, o que contamina o momento mesmo da fruição. Mesmo que os indivíduos fossem capazes de usufruir a beleza da arte como um elemento de felicidade, seu papel no mundo das mercadorias já destitui os possíveis efeitos libertadores que pudesse ter e a felicidade usufruída em meio à desgraça objetiva é engodo, ideologia. Em meio à infelicidade geral os lampejos de felicidade proporcionados pela fruição artística estão confinados a meros instantes que já contêm em si mesmos o amargor de sua efemeridade.

Mimese e pseudo-individação

Se já no século XIX Marx e Engels puderam demonstrar que não é possível uma educação para a liberdade num mundo objetivamente não livre, a realidade social de nosso século traz uma série de novas questões. Se no ideal da cultura afirmativa havia uma contradição, pois segundo Marcuse (1997) ao mesmo tempo em que justificava o existente relembra aos homens: “*que um mundo como este não pode ser modificado por meio disso ou daquilo, mas unicamente mediante o seu desaparecimento*” (p.99), em nosso século a incorporação total da esfera da cultura ao modo técnico de produção industrial e sua incorporação à propaganda transformaram qualitativamente a contradição apontada.

Adorno (1998) aponta o cerne da questão como sendo um progressivo fechamento das brechas que permitiam alguma autonomia aos indivíduos, a tal ponto que já não se pode falar em indivíduo sem uma enorme série de ressalvas que praticamente inviabilizam a realização de seu conceito. Segundo o autor:

As malhas do todo são atadas cada vez mais conforme o modelo do ato de troca. Este permite à consciência individual cada vez menos espaço de manobra, passa a formá-la de antemão, de um modo cada vez mais radical, cortando-lhe *a priori* a possibilidade da diferença, que se degrada em mera nuance no interior da

homogeneidade da oferta. Simultaneamente, a aparência de liberdade torna a reflexão sobre a própria não-liberdade incomparavelmente mais difícil do que antes, quando esta estava em contradição com uma não-liberdade manifesta, o que acaba reforçando a dependência (p.9-10).

Paralelamente a esse processo, que tem suas raízes mais profundas no processo de formação da razão humana em suas relações com a dominação da natureza - na 'dialética do esclarecimento' -, a cultura que se afirmava como um elemento social autônomo hoje está reduzida a mercadoria, distribuída em larga escala a preços módicos. Mas, segundo Adorno (1998) "*A crítica é um elemento inalienável da cultura, repleta de contradições e, apesar de toda sua inverdade, ainda é tão verdadeira quanto não-verdadeira é a cultura*" (p.11). É justamente esse elemento de crítica, inalienável da verdadeira cultura, que se torna cada vez mais problemático, pois se na cultura afirmativa ele ainda poderia estar presente na rememoração da liberdade perdida, não usufruída realmente, atualmente: "*o crítico da cultura mal consegue evitar a insinuação de que possui a cultura que diz faltar*" (p.7), isto é, a cultura está submetida à mesma lógica do mundo das mercadorias que guia a suposta crítica que se limita à cultura; ela não tem onde encaixar a alavanca a não ser em sua própria inverdade! Esse fato implica dificuldades inusitadas a quem se propõe a fazer uma crítica à cultura, tanto no âmbito teórico quanto metodológico.



Nesse contexto, a ideologia não pode ser entendida meramente como um conjunto de idéias de determinada classe social, generalizadas para toda a sociedade como se fossem a verdade. A própria sociedade tornou-se ideologia de si mesma, justifica-se por sua eficiência técnica, pelo gigantismo do aparato técnico diante dos indivíduos isolados, pelo processo de semiformação dos indivíduos realizado pela 'cultura'; nesse contexto, a idéia que prevalece é a de que o existente não poderia ser de outra forma, um 'véu tecnológico', tanto mais eficiente e poderoso quanto mais aumenta a distância entre o possível e o existente.

A questão importante nesse contexto é que aquilo que um dia foi chamado cultura não tem mais os lampejos de autonomia com relação ao existente que um dia compuseram seu conteúdo de verdade em meio às contradições da sociedade. A cultura, por seu próprio conceito, está mergulhada na 'civilização', e não se pode compreendê-la como tendo um sentido em-si; em nossa época isso significa que aquilo que é cultura é também administração técnica, parte do aparato produtivo industrial, voltada para o controle dos indivíduos. Se na sociedade não é possível objetivamente a liberdade, a beleza e a felicidade, a cultura afirmativa, enquanto promessa de liberdade, beleza e felicidade, inevitavelmente estava em contradição com relação a seu conceito; mas hoje é difícil falar em um

conceito de cultura sem a intervenção da crítica à sociedade. Ao contrário do que parece, o amplo acesso à 'cultura' funciona como anti-esclarecimento; os não esclarecidos acreditam estar amplamente esclarecidos, e além disso, identificam sua 'personalidade' à escolha das mercadorias oferecidas e, nesta mesma medida, sucumbem à ideologia.

A cultura atualmente é *indústria cultural*, o vasto conjunto dos meios de produção e divulgação da 'arte' no capitalismo moderno, que funciona como força de unificação, como cimento social, e força a falsa identidade entre os interesses da sociedade e dos indivíduos. Atualmente, a indústria cultural impele os indivíduos a uma falsa mimese, à adesão incontestante ao existente. Segundo Adorno (1993):

A indústria cultural modela-se pela regressão mimética, pela manipulação dos impulsos de imitação recalçados. Para isso ela se serve do método de antecipar a imitação dela mesma pelo expectador e de fazer aparecer como já subsistente o assentimento que ela pretende suscitar (p.176).

A característica mais importante dos produtos - mercadorias 'culturais' - oferecidos é a padronização. Esta é correspondente à padronização dos próprios consumidores. O que percebem como sua individualidade nada mais é do que a identificação com determinada nuance dos produtos oferecidos como se fossem diferentes. É verdade que há distinções entre os vários níveis de acabamento entre os produtos, mas esta aparente distinção encobre os seus objetivos comuns, a forma como foram produzidos e o efeito que pretendem causar: a padronização das reações e formas de pensamento dos indivíduos.

A distinção entre os consumidores se dá somente enquanto são consumidores - e portanto os iguais - pois, se há alguma diferença entre os produtos, ela visa atender ao 'gosto' de pessoas com diferentes possibilidades financeiras. Não é o indivíduo que escolhe, pois os produtos são produzidos segundo uma análise estatística da sociedade para atender às idiosincrasias dos vários segmentos sociais, embora a diferença seja sempre uma diferença nos detalhes do produto ficando o essencial inalterado, 'standardizado'. O 'fetichismo da mercadoria' abarca também as mercadorias culturais e o 'valor de troca' impõe-se ao possível 'valor de uso'; este já não é passível de fruição, já que a similitude dos produtos impõe o elemento quantitativo sobre a possível diferença que poderia existir entre eles.

À padronização das mercadorias culturais corresponde a pseudo-individação. Segundo Adorno (1994, p.123):

Por pseudo-individação entendemos o envolvimento da produção cultural de massa com a auréola da livre escolha ou do mercado aberto, na base da própria estandardização. A estandardização de *hits* musicais mantém os usuários enquadrados, por assim dizer, escutando por eles. A pseudo-individação, por sua vez, os mantém enquadrados, fazendo-os esquecer que o que eles escutam já é sempre escutado por eles, 'pré-digerido'.



Como as diferenças entre os produtos são mínimas, devem ser hipostasiadas, de modo que o sujeito possa reconhecer nos detalhes a novidade. A obra força a busca do sentido no detalhe, muito embora este seja somente detectável em sua relação com a totalidade. Como Marx já sabia, as necessidades são ao mesmo tempo satisfeitas e criadas no processo de produção e de consumo; uma vez que os objetos que satisfazem as necessidades dos sujeitos são criados no mundo fetichizado, suas necessidades, que nunca são 'naturais', estão também sujeitas ao processo de alienação que perpassa a sociedade.

Além disso, esses produtos, juntamente aos meios técnicos de divulgação e transmissão, são, em certo sentido, por si mesmos, formadores de hábitos, capacidades, enfim, de uma espécie de consciência adequada ao existente. As necessidades e as capacidades, que em certo sentido são também psicológicas - na medida em que se expressam, no sujeito semi-formado, como necessidades 'próprias' -, são conformadas a esta realidade. Se Marx já havia dito que as necessidades humanas são sempre mediadas socialmente, ele não podia prever que elas pudessem um dia tornar-se totalmente estranhas aos indivíduos. As necessidades objetivas - de alimento, abrigo, oportunidade de tomar contato com a cultura e, sem dúvida, de liberdade, de felicidade, de fruição - somente são atendidas na medida em que o sujeito tenha acesso a elas pelas mercadorias, pois nisso se converteram os objetos que as satisfazem. Nessa relação, em que o próprio sujeito é avaliado como mercadoria, tornam-se fetichizadas as mercadorias e infelizes os sujeitos, pois o que não pode mais ter reconhecido o valor de uso não pode mais servir como instrumento de obtenção de prazer. O prazer efêmero e cheio de má consciência que acompanhava a fruição da arte na cultura afirmativa corresponde atualmente ao abandono da própria vida à totalidade, com pouquíssimas chances de escape.

As necessidades atendidas pela indústria cultural são, portanto, criadas pela mesma sociedade que ela justifica: a necessidade de diversão, de abandono de si mesmo e de fuga da realidade cruel do trabalho são atendidas de modo perverso pela indústria, pois, segundo Adorno e Horkheimer (1991):

Divertir-se significa estar de acordo (...) divertir significa sempre não ter que pensar nisso, esquecer o sofrimento até mesmo onde ele é mostrado (...) A liberação prometida pela diversão é a liberação do pensamento como negação (p.135).

No atendimento às necessidades que a própria sociedade historicamente criou, a indústria cultural revela-se como o anti-esclarecimento, isto é, como a regressão do esclarecimento à mera dominação. As experiências que caracterizam a sensibilidade dos indivíduos atualmente correspondem ao esquema geral da indústria cultural, isto é, são adequadas ao existente.

Mas, novamente, temos um tema que precisa ser pensado mais cuidadosamente, pelo menos por dois motivos: primeiramente, o conceito de indústria cultural tem sido comumente utilizado de modo impróprio, seja



porque é tomado separadamente do contexto em que foi inicialmente pensado - o contexto da 'dialética do esclarecimento' - seja porque se tiram

conclusões apressadas e impróprias. No primeiro caso, toma-se a cultura como algo 'em si', descolada das bases materiais que são a fonte da produção cultural; no segundo, paraliza-se a criticidade do conceito imaginando que, uma vez fechadas as saídas para algo melhor que o existente, não há mais possibilidade de algo melhor. Em segundo lugar, o conceito precisa ser relacionado a outro elemento da produção filosófica de Adorno: sua Teoria Estética, articulando arte e técnica no desenvolvimento da cultura e desvelando as possibilidades estéticas de crítica à sociedade.

Nesse texto não serão feitas estas conexões, embora elas sejam essenciais, por conta das finalidades do mesmo. No entanto, esta delimitação é fundamental para compreender o conceito de Indústria Cultural.

Semiformação e experiência, ou a razão 'comum e cativa'

Se a cultura representou um dia alguma contradição com relação ao existente, mesmo tendo se desenvolvido no seio da mesma sociedade a que, em parte, correspondia, mas à qual impunha seu próprio conceito, atualmente a cultura é um meio de integração pois, tal como as mercadorias no mercado, encontra-se submetida à regra do fetiche; as contradições são apaziguadas - o que significa que a violência é brutalmente abrangente. Ela oferece aos indivíduos experiências substitutivas que eles incorporam como se fossem próprias, experiências que reafirmam o existente.

Os primeiros indícios desse apaziguamento da contradição já estavam presentes na cultura afirmativa na medida em que ela se prestava a ser ideologia. Já em nosso século W. Benjamin (1994) identificou na reprodutibilidade técnica da obra de arte um processo que levaria à perda de sua 'aura', de sua autenticidade e, o que é fundamental: "*a técnica da reprodução destaca do domínio da tradição o objeto reproduzido*" (p.168). Desse modo o objeto reproduzido industrialmente que substitui a obra é destituído de sua historicidade, da tradição à qual estava vinculado intrinsecamente e, além disso, torna-se possível (desejável) sua posse. Segundo Benjamin:

Retirar o objeto do seu invólucro, destruir sua aura, é a característica de uma forma de percepção cuja capacidade de captar 'o semelhante no mundo' é tão aguda, que graças à reprodução ela consegue captá-lo até no fenômeno único (p.170).

Os objetos de 'arte' que são reprodutíveis, segundo Benjamin, começam a ser produzidos para serem reproduzidos. Assim, o cinema exercita nos

indivíduos novas capacidades, percepções e reações que serão depois generalizadas e radicalizadas pela televisão. A hipótese de Benjamin (1984) é que: “*transformações sociais muitas vezes imperceptíveis acarretam mudanças na estrutura da recepção, que serão mais tarde utilizadas pelas novas formas de arte*” (p.185). Estas, por sua vez, fazem o trabalho de condicionar a percepção do mundo segundo os parâmetros do existente. O mundo é visto como é - está -, mas isto, pelo menos desde Hegel, é somente a aparência, não o Real.

A distração, necessidade criada e satisfeita pela sociedade, está presente também na própria recepção das mercadorias culturais. Segundo Benjamin (1984), a apreensão pode se dar por distração ou recolhimento. A primeira seria uma recepção tátil, isto é, aquela que “*se efetua menos pela atenção que pelo hábito*” (p.193), em que o sujeito deixa-se levar pelo fluxo dos estímulos a que está submetido; a segunda, ao contrário, implica uma atitude de contemplação, ao mesmo tempo de distanciamento e de mergulho no objeto, de conhecimento e de estranhamento. Além disso, a recepção tátil, baseada no hábito, rege a estruturação do sistema perceptivo e prevalece ao universo da ótica.

Traduzindo os termos originais do alemão utilizados por Benjamin, Ramos-de-Oliveira (1998) torna mais precisa a significação que se quer explicitar, distinguindo recepção passiva e vivência (*Erlebnis*) de recepção ativa, crítica e experiência (*Erfahrung*):

Erleben é viver, presenciar, sofrer, ao passo que *erfahren* é chegar a, saber, tornar-se perito em algum setor. Estão, portanto, traçadas as fronteiras entre duas modalidades de viver: uma de que passa pela vida como espectador, alguém que reage a estímulos; outra de quem vive, alguém que exerce certo grau de reação consciente, pensada refletida (p.31).

A sensibilidade adequada ao nosso tempo é baseada na recepção passiva, na *Erlebnis*. Embora não se possa descartar a possibilidade de *Erfahrung*, há uma grande pressão no sentido da primeira. Ao lado desse elemento temos também um esmagador enfraquecimento do ego, destacado igualmente por Marcuse (1997, v. II) e por Adorno e Horkheimer (1991). Segundo Marcuse:

Quanto mais o ego autônomo é supérfluo e mesmo inibidor e inoportuno para o funcionamento do mundo administrado, técnico, tanto mais seu desenvolvimento depende do seu ‘poder de negação’, quer dizer, de sua capacidade de construir um domínio pessoal, privado (...). Mas essa capacidade ficou reduzida por duas razões: 1. pela socialização imediata, exterior ao ego; 2. pelo controle e manipulação do tempo livre - a dissolução da esfera privada na massa (p.99).

Segundo Adorno e Horkheimer o ego é um produto tardio da projeção controlada, mediada pelo trabalho do conceito e do juízo, na medida em que ao mundo externo percebido são conferidas características de unidade e

constância, e essas mesmas características são aplicadas à realidade interna do sujeito. A correta percepção da realidade, portanto, pressupõe um ego estruturado para, ao mesmo tempo, fazer a diferenciação entre a realidade externa e a realidade interna, e perceber o estreito vínculo que existe entre elas, mediado pelo trabalho do conceito. Mas as condições objetivas impelem o sujeito a uma falsa projeção, e esta: “*é um meio para manter os impulsos do id alienados do ego, e pode ser interpretada como signo da incapacidade do ego para cumprir suas funções*” (p.243).

O trabalho do pensamento que leva ao conceito, para além do existente, encontra-se dificultado ainda num outro sentido: à recepção passiva corresponde uma forma de ‘memória’ que Benjamin chama de lembrança (*Andenken*), enquanto à recepção crítica corresponderia a rememoração (*Eingedenken*). A diferença básica está na forma como se relaciona o passado ao pensamento. Segundo Ramos-de-Oliveira (1998)

em *Andenken* há uma lembrança no sentido de um índice que me faz tornar a pensar em algo (...) o qual, para atingir, preciso de um estímulo, como uma anotação, uma foto, um acontecimento qualquer que me traga de volta algumas imagens; já em *Eingedenken* há uma rememoração (...) há um mergulho no passado, um entrar, um penetrar, um fato de que me recordo porque, na realidade, nunca o esqueço. (p.34)

Mas, entre as características mais pregnantes das mercadorias da indústria cultural está o fato de que elas estão destituídas da ‘aura’, desligadas de toda tradição, como que a-históricas, de modo que modelam, habitam o sujeito à imediatidade do instante em que são consumidas. O caráter efêmero da fruição da obra de arte na época da cultura afirmativa ainda é algo progressista diante do caráter volátil dos produtos da indústria cultural.

Ao analisar a música popular, Adorno (1994) desdobra a dissolução do pensamento no ato de consumir as mercadorias culturais nos mecanismos de reconhecimento e aceitação. Segundo o autor: “*Hoje, os hábitos de audição das massas gravitam em torno do reconhecimento (...) O princípio básico subjacente a isso é o de que basta repetir algo até torná-lo reconhecível para que ele se torne aceito*” (p.130). Mas, na recepção musical, com relação à música séria, o sentido da obra é captado tendo como ponto de partida o reconhecimento mas, a partir deste o ouvinte experimenta a novidade relativa à composição. “*O sentido musical é o Novo - algo que não pode ser subsumido sob a configuração do conhecido, nem a ele ser reduzido, mas que brota dele, se o ouvinte vem ajudá-lo*” (p.131).

A relação entre o reconhecido e o novo é destruída na música popular, assim como nas demais mercadorias padronizadas da indústria cultural, pois o reconhecimento mecânico é a única possibilidade de apreensão de uma mercadoria sempre igual, cuja distinção é feita em pequenos detalhes. Se com relação à obra de arte



o reconhecimento vinha em auxílio da compreensão mas não coincidia com ela, na música popular eles coincidem de modo fatídico.

Em outras oportunidades, Adorno analisa a televisão. Suas características ideológicas incidem, principalmente, sobre dois aspectos interligados: suas características formais como meio técnico e o conteúdo dos programas que transmite. Suas possibilidades como meio educacional estão atualmente submetidas à necessidade de funcionar como ideologia, dadas suas relações com o poder. Segundo Adorno (1995):

Compreendo 'televisão como ideologia' simplesmente como o que pode ser verificado sobretudo nas representações televisivas norte-americanas, (...) ou seja, a tentativa de inculcar nas pessoas uma falsa consciência e um ocultamento da realidade, além de (...) procurar impor um conjunto de valores como se fossem dogmaticamente positivos. (...) Além disso, contudo, existe ainda um caráter ideológico formal da televisão, ou seja, desenvolve-se uma espécie de vício televisivo em que por fim a televisão (...) converte-se pela sua simples existência no único conteúdo da consciência, desviando as pessoas por meio da fatura de sua oferta daquilo que deveria se constituir propriamente como seu objeto e sua prioridade (p.80).

A primeira característica formal da televisão é o fato de levar os produtos até a casa dos espectadores. Esse encurtamento da distância entre os produtos e o espectador sustenta uma aura de fraternidade e proximidade que na realidade, na medida em que os sujeitos se prendem ao que se transmite na televisão, impede a comunicação entre eles, impedindo também a possibilidade de proximidade. A comunicação que, como já havia previsto Benjamin (1994), tornara-se suspeita na época burguesa³, torna-se ainda mais difícil diante da televisão.

A diferença entre a imagem real e a imagem apresentada pela televisão - onde a imagem é fragmentada, editada, dissolvida - não é sentida como problemática, pois as mensagens - os estímulos - que ocorrem no mundo real estão igualmente fragmentadas e dissolvidas sob a forma mercadoria. A reprodução da fragmentação na televisão deveria ser experimentada com desprazer, mas não é isso o que ocorre. Segundo Adorno (1969), há uma espécie de 'formação reativa' que transforma o ódio em admiração pelas imagens:

Os limites entre a realidade e a imagem são apagados da consciência. A imagem é tomada como um objeto da realidade, como uma espécie de habitação suplementar, que se compra junto com o aparelho (...) É difícil perceber, (...) que a realidade vista através das lentes televisivas impõe que o sentido encoberto da vida cotidiana volte a refletir-se na tela. (p.67)

Essas características formais - a rápida sucessão de quadros e o tamanho diminuto das imagens, a 'proximidade' com o espectador, o predomínio da

³ No ensaio 'O Narrador' o autor discute o declínio da narrativa e, dessa forma, o declínio da possibilidade de comunicação das experiências a outrem. Há uma passagem muito significativa: "Se 'dar conselhos' parece hoje algo de antiquado, é porque as experiências estão deixando de ser comunicáveis. Em consequência não podemos dar conselhos nem a nós mesmos nem aos outros. Aconselhar é menos responder a uma pergunta que fazer uma sugestão sobre a continuação de uma história que está sendo narrada" (p. 200).

imagem - são completadas pelo conteúdo dos programas apresentados, na configuração da televisão como ideologia. As mensagens transmitidas têm vários níveis de complexidade e de profundidade, basicamente apoiadas sobre um esquema padrão de histórias que contém um romance entre um belo casal, um vilão, e um herói que vai vencê-lo, pessoas pobres e ricas que, invariavelmente, segundo suas qualidades 'individuais' - seu valor de caráter, sua firmeza moral - vão se dar bem ou mal. Adorno (1969, p.77) afirma que os programas de televisão:

Apresentam ao espectador vários estratos psicologicamente superpostos, que reciprocamente se influenciam, para obter uma meta única e racional para o promotor: o acréscimo do conformismo no espectador e o fortalecimento do *status quo*.

Em meio ao torvelinho gerado pela totalidade da realidade material reproduzida na esfera da 'cultura' não há brechas pelas quais o sujeito possa dar-se conta de sua situação. Além disso, o sujeito é ainda impelido sempre para sua interioridade; o que quer que aconteça é sempre algo 'individual', algo que a psicologia ingênua não se cansa de reforçar. Se a possibilidade de transformações sociais significativas está vinculada a ações coletivas, o mundo das mercadorias está bem cuidado, pois os indivíduos mal são capazes de se comunicar, e aquilo que comunicam, na maioria das vezes, já é pré-moldado, é mera repetição dos padrões ideológicos que incorporaram em sua formação, principalmente, por meio da indústria cultural.

Esta, em seu conjunto, funciona substituindo a função que Freud atribuía ao ego quanto este ainda possuía alguma autonomia: os mecanismos de defesa⁴. A racionalização da vida irracional, a fuga à realidade refugiando-se num mundo ilusório, a oportunidade de amar compulsivamente aquilo que se odeia, entre outras formas de 'defesa', são realizadas com o auxílio da indústria cultural, em especial, da televisão. Assim, à relação dos indivíduos com a 'cultura' na sociedade totalitária - que nada mais é do que o espelho e a consequência da própria ordem social - correspondem: uma educação dos sentidos que modela a percepção como uma recepção passiva; uma destruição da relação entre o vivido - o passado - e o presente, de modo que este é experienciado como sem-sentido, mera sucessão de fatos sobre os quais o sujeito não tem nenhum controle; um bloqueio do pensamento, atrelado ao reconhecimento e incapaz de realizar o esforço do conceito. Em suma, um enfraquecimento do ego que se torna incapaz de cumprir adequadamente suas funções, de um modo que vai muito além daquilo que Freud havia imaginado, já que, segundo Adorno (1993): "*a doença própria de nossa época consiste precisamente no que é normal*" (p.50). Se para o grande psicólogo a possibilidade de contato com a realidade, a experiência, estaria submetida às leis da dinâmica da personalidade e esta teria como principal instância o inconsciente, atualmente a própria personalidade é constituída de modo a parecer a-histórica e nesse 'véu' ideológico é mantida, violentamente, pela sociedade que incorporou a si mesma a esfera da cultura e as contradições que apontavam para algo melhor que o existente.

Mas se não é o ego individual que realiza o recalçamento dessas

⁴ Não se quer sugerir a existência de mecanismos de defesa psíquicos ditados diretamente a partir da vida social. É preciso sempre admitir uma distância entre a sociedade e o indivíduo, mesmo quando este parece aniquilado. Na verdade, a questão é que os produtos da indústria cultural forçam, por sua própria constituição técnica dentro da sociedade industrial, um tipo de apreensão que dissocia o percebido do pensamento, daquilo que poderia fazer com que o que é visto ou ouvido fosse incorporado à vida do espectador como material 'vivo'.

representações e experiências, que são oferecidas em massa, é este mesmo ego individual que deve se adaptar a essa nova situação, o que leva a crer que o discurso ideológico não tem uma qualidade inconsciente, em termos freudianos. Segundo Adorno (1969):

No lugar de fazer a honra ao inconsciente, de elevá-lo à consciência satisfazendo assim seu impulso e suprimindo sua força destrutiva, a indústria cultural, principalmente recorrendo à televisão, reduz ainda mais os homens a um comportamento inconsciente, enquanto põe em claro as condições de uma existência que ameaça com sofrimento a quem a considera, enquanto promete prêmios a quem a idolatra. A paralisia não somente não é curada, mas é reforçada. (p.77)

Mas o próprio Adorno (1994) ao discutir a música popular, aponta uma questão que parece ser fundamental:

É óbvio que esses componentes não aparecem na consciência como ocorre na análise. Assim como a divergência entre a ilusão da propriedade privada e a realidade da propriedade pública é muito ampla (...) não se pode encarar tais ocorrências como sendo também totalmente *inconscientes*. Provavelmente é correto presumir que a maioria dos ouvintes, a fim de obedecer ao que eles encaram como desejos sociais e provar sua 'cidadania', 'juntam-se' semi-humoristicamente à conspiração (...) suprimindo a chegada à consciência do mecanismo operacional, mediante a insistência, diante de si e dos outros, no sentido de que a coisa toda, de qualquer modo, é apenas uma brincadeira bem limpa. (p.135)

O questionamento da distinção entre consciente e inconsciente tem seu nó na seguinte questão: atualmente a ideologia, por convergir com a ordem social, tornou-se por demais visível. A não autonomia do espírito, do indivíduo, se afirmada irrefletidamente, é também ideológica pois é o próprio sujeito que se envolve 'conscientemente' com os produtos ideológicos oferecidos pela indústria cultural. A mera afirmação de que a atuação dos sujeitos se faz de modo puramente inconsciente retira deles não só toda a responsabilidade sobre suas ações, mas coloca a situação de um modo que anula toda negatividade, toda possibilidade de superação das condições dadas, que depende das atuações individuais. A vontade mobilizada conscientemente para manter o auto-engano poderia ser mobilizada em outra direção, em direção à consciência.

Á guisa de conclusão: indústria cultural, técnica e o mundo atual

Se, evidentemente, a crítica à indústria cultural é urgente e fundamental, é preciso um cuidado também fundamental ao fazê-la, pois, segundo Maar (1998): "A indústria cultural oriunda do



processo valorativo da produção capitalista tardia produz um objeto que conduz sua crítica ao abismo” (p.45). Isso porque a crítica somente é efetiva se voltada às relações materiais de produção e ao trabalho social, que são as condições básicas do fetiche que se reproduz na esfera do que um dia foi chamado de cultura.

Por outro lado, a possibilidade de crítica ao modo de produção implica uma ‘duplicação’, uma saída da realidade unidimensional que tem como ponto de apoio a teoria - evidentemente uma teoria social -, mas que também pode ter como ponto de apoio complementar uma realidade - no sentido de uma obra, de uma proposta - estética; isto não significa projetar uma utopia no sentido de algo para além do existente, mas observar no existente suas melhores possibilidades, as brechas que apontam para algo melhor. Apesar das antinomias de uma arte que, tentando se manter fiel às suas próprias exigências intrínsecas, está mergulhada em uma realidade heterônoma, o elogio de Adorno a Schönberg, suas análises da música popular, da regressão da audição, da televisão, do horóscopo e dos ocultismos nos periódicos etc, demonstram que a crítica à indústria cultural, quando aponta, a partir dela para além dela, é importantíssima.

Cumprir, além disso, e como uma exigência fundamental da teoria crítica, tentar observar as modificações na base material e na técnica que ocorreram desde a época em que os autores citados fizeram suas observações até os dias atuais, e também atentar criticamente para outras possibilidades interpretativas para os fenômenos citados. Isso porque a evolução dos meios técnicos na televisão e a introdução dos computadores na vida cotidiana, por exemplo, radicalizam algumas das ‘configurações’ dadas para a subjetividade a partir da objetividade social, por um lado, e por outro, há uma série de críticas à concepção anteriormente apresentada que precisam ser submetidas também a um minucioso exame crítico. Apenas para esboçar a questão, poder-se-ia tomar alguns elementos do pensamento de Habermas para, em seu confronto com as elaborações adornianas, tentar indicar alguns temas para serem debatidos, uma vez que Habermas, após a morte de Adorno em 1969, é o filósofo ‘frankfurtiano’ mais conhecido entre nós e suas idéias discorrem sobre o mundo contemporâneo.

Se para Adorno a questão da ideologia está intrinsecamente ligada à administração técnica da sociedade como um todo e sua principal forma atual é a indústria cultural, Habermas⁵ nega uma identificação entre as esferas da produção material - em que a técnica tem seu lugar privilegiado e irredutível - e da cultura - em que haveria a possibilidade de um agir comunicativo livre; ele separa, portanto, uma esfera das forças produtivas e uma esfera da interação.

Este confronto, fundado em concepções de trabalho social distintas, implica em diferentes concepções sobre o papel da técnica, sobre a importância da crítica à ideologia e sobre a relação que existe entre ambas. Para Adorno a reificação perpassa a sociedade como um todo, e o objetivo da teoria crítica é fazer a crítica da cultura, ou melhor dizendo, uma crítica *imanente* da cultura, incluindo nesse conceito *kultur e zivilization*. Na sociedade, do modo como ele a vê, o fetiche pulveriza todos os particulares por meio da fórmula do equivalente universal; o interesse da crítica é salvar

⁵ O texto mais significativo nesse sentido é “Técnica e Ciência como ‘Ideologia’”, para citar somente um texto deste autor. A introdução de Rouanet e Freitag (1993) ao volume dedicado a ‘Habermas’ também é bastante elucidativa das diferenças entre ele e Adorno. Uma outra referência é o ‘fecho’ do texto de Nobre (1998), que situa Habermas no contexto da teoria crítica.

o não-idêntico e isso somente é possível mantendo uma tensão crítica entre o sujeito e o objeto, entre o desejado e o existente, sem ceder a uma falsa reconciliação. A realização de uma comunicação livre entre os homens só seria possível se a violência exercida indistintamente contra os homens e contra a natureza cessasse, mas, além disso, conceptualizar tal comunicação livre, tal possibilidade formal de redenção, seria projetar uma falsa reconciliação.

Para Habermas, ao contrário de Adorno, na esfera da produção material a dominação sobre a natureza é inevitável mas isso não implica que não seja possível, na esfera da ação social, uma comunicação livre entre os homens, embora ele não deixe de apontar vários obstáculos à realização deste tipo de ação 'intersubjetiva'. Na verdade, Habermas nega que o presente tenha sido absorvido pelo fetiche, pela lógica da identidade, pela *ratio*, pela administração técnica, em um nível que não permita a realização gradual de reformas na sociedade. À radicalidade da dialética negativa de Adorno Habermas opõe um "reformismo radical" que, embora possa indicar brechas no existente, abre também uma brecha para justificá-lo.

Sem dúvida a extensão e a qualidade deste desacordo entre os dois pensadores e as conseqüências de suas respectivas teorias para a pesquisa social precisariam ser muito mais aprofundadas, e isto está para além das possibilidades deste texto. Se os homens são capazes de uma comunicação livre, quais os obstáculos a esta comunicação, qual a extensão do 'fechamento' das brechas da sociedade administrada tecnicamente e qual o papel da técnica no mundo hodierno, todas essas questões e muitas outras, sugeridas pela discussão apresentada, aguardam a coragem e a disponibilidade dos que se dispuserem a pesquisar esses temas difíceis, mas absolutamente essenciais.



Referências bibliográficas

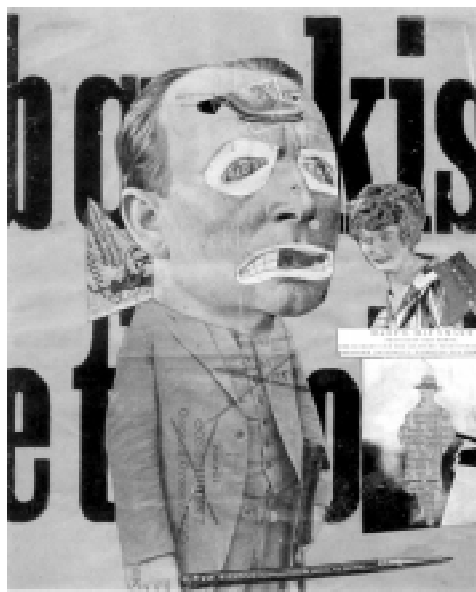
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Intervenciones**. Caracas: Monte Avila, 1969.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **La sociedad**: Lecciones de Sociologia. Buenos Aires: Proteo, 1978.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Minima moralia**. São Paulo: Ática, 1993.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. Sobre Música Popular. IN: COHN, G. **Theodor Adorno**. São Paulo: Ática, 1994.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Palavras e sinais**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Prismas**. São Paulo: Ática, 1998.
- BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**, vol I. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- FREITAG, B; ROUANET, S. P (org). **Habermas**. São Paulo: Ática, 1993.
- HABERMAS, J. **Técnica e ciência como "ideologia"**. Lisboa: Edições 70, s/d.
- MAAR, W. L. A Formação em Questão: Lukács, Marcuse e Adorno. A gênese da Indústria Cultural. IN:

- ZUIN, A. A. S. (org). **A educação danificada**: contribuições à teoria crítica da educação. São Carlos: Ed. UFSCAR; Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- MARCUSE, H. **Cultura e sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 2v.
- MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1998.
- NOBRE, M. **A dialética negativa de Theodor W. Adorno**: a ontologia do estado falso. São Paulo: Iluminuras, 1998.
- RAMOS-DE-OLIVEIRA, N. Reflexões sobre a educação danificada. IN: ZUIN, A. A. S. (org). **A educação danificada**: contribuições à teoria crítica da educação. São Carlos: UFSCAR; Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- ROUSSEAU, J. J. **Discurso sobre as ciências e as artes**. São Paulo: Nova Cultural, Col. Pensadores, vol II, 1997.
- SCHILLER, J. C. F. **Cartas sobre a educação estética da humanidade**. São Paulo: EPU, 1992.

MAIA, A. F. El Arte, la Técnica y la Industria Cultural, **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.6, 2000.

El texto intenta especificar algunos elementos teóricos y sociales que, en su desarrollo histórico, culminaron en lo que Adorno y Horkheimer llamaron la Industria Cultural, destacando las modificaciones que ocurrieron históricamente en los papeles sociales del arte y de la técnica. Para ello toma como referencias las elaboraciones de algunos otros filósofos para caracterizar una relación entre la sociedad, el arte y la técnica en que estas últimas se vieron como emancipadoras. Además, vuelve a tomar el concepto marxista de fetichismo de la mercancía para indicar la base histórico-económica del desarrollo de la producción del género cultural. También intenta desarrollar algunas consecuencias de la existencia de la industria cultural para la vida social, sobre todo las que involucran la televisión. Finalmente, apunta para algunos cuidados necesarios cuando se quiere hacer una crítica de la Industria Cultural.

PALABRAS CLAVE: arte; técnica; Industria Cultural; Teoría Crítica.



RAOUL HAUSMANN, O crítico de arte, 1919/20. Tate Gallery, Londres.

Uma vitruviana do século 20: a tecnologia na moda



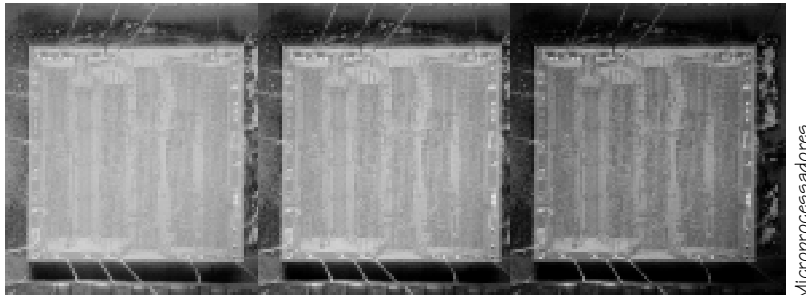
RICHARD HAMILTON, O que exatamente torna os lares de hoje tão diferentes, tão atraentes?, 1966. Kunsthalle, Tübingen.



A palavra "POP" aparece como primeira referência ao termo que designaria o movimento na arte do pós-guerra: POP ART.

Na década de cinquenta, para o artista as categorias fundamentais do mundo futuro eram: 'Mulher, Comida, História, Jermão, Cinema, Aparelhos domésticos, Carros, Espaço Quântico, TV, Telefone, Informação'.

Uma discussão do papel da tecnologia na práxis



Alfredo Pereira Junior¹

PEREIRA JR., A. A discussion of the role of technology in praxis, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

This paper discusses some of the aspects of the relation between praxis (human activity as a whole, dynamic and emancipative) and technology. The topics covered include: What does technology consist of? Is it intrinsically antagonistic to said praxis? How do dominant sociopolitical groups in contemporary society make use of technological development? How does this development affect those countries that are only scantily endowed with technology? The proposed conclusion is that, although technological progress has been used to expand social inequality and alienation in neo-capitalist society, technological know-how is nevertheless essential for consistent praxis.

KEY WORDS: tecnologia; praxis; alienation.

Esse estudo discute alguns aspectos da relação entre “práxis” (atividade humana integral, transformadora e emancipatória) e a tecnologia. Alguns tópicos abordados são: Em que consiste a tecnologia? Seria ela intrinsecamente antagonista desta “práxis”? Como o desenvolvimento tecnológico é utilizado pelos grupos sócio-políticos dominantes na sociedade contemporânea? Como esse desenvolvimento afeta os países pobres em tecnologia? A conclusão proposta é que, embora o progresso tecnológico seja utilizado na sociedade neocapitalista como meio de reprodução da desigualdade social e da alienação, o domínio da tecnologia também seria essencial para uma “práxis” consistente.

PALAVRAS-CHAVE: tecnologia; práxis; alienação.

¹ Professor do Departamento de Educação do Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Unesp, São Paulo. E-mail: apj@ibb.unesp.br

Nesse texto discuto três assuntos inter-relacionados: primeiro, como a questão tecnológica se relacionaria com o conceito marxiano da “práxis”; segundo, a possibilidade de que o progresso tecnológico contribua para a superação da alienação humana, e, terceiro, as restrições à tal superação na sociedade neocapitalista.

A antropologia filosófica moderna, de inspiração cartesiana, baseou-se em uma separação entre vida mental e corporal. Uma das tentativas contemporâneas de superar esse dualismo foi a antropologia marxiana, proponente do conceito de “práxis”, expressando uma interação entre atividade teórica e prática, com vistas à transformação de uma realidade sócio-econômica injusta e alienante. Uma das variantes do conceito de “práxis”, inspirada nos métodos políticos dos revolucionários russos (Lênine, Trotsky), propõe a associação entre “trabalhadores manuais” (proletários) e “trabalhadores intelectuais” (teóricos ativistas) em um mesmo partido político. Tal concepção ganhou nova conotação com o desenvolvimento tecnológico, que contribuiu para a formação de uma categoria de *trabalhadores intelectuais assalariados*, em posição social mais próxima a dos trabalhadores manuais que os teóricos ativistas do início do século. Nesse contexto, a questão da validade do progresso tecnológico se coloca de forma mais aguda. Seria a tecnologia intrinsecamente alienante, como foi proposto por diversos filósofos, ou seria potencialmente libertadora, para aqueles diretamente envolvidos no universo do trabalho produtivo?

Para as correntes filosóficas como a “Escola de Frankfurt”, que concebem a “práxis” de forma idealizada (i.é., como proposta estética desvinculada de ações concretas de transformação da realidade física e social), o progresso tecnológico tem aparecido como fator de alienação humana. Concebendo a relação homem-natureza nos moldes do romantismo alemão ou da doutrina heideggeriana do “esquecimento do ser”, tais correntes consideram a tecnologia intrinsecamente alienante, ao interpor entre o sujeito e o objeto o instrumento técnico, o qual, inevitavelmente, terminaria por desvirtuar as finalidades “autênticas” do sujeito e, conseqüentemente, transformaria os meios em falsos fins. É curioso verificar que tal concepção simplista já havia sido consistentemente criticada por Hegel na *Ciência da Lógica*, quando mostrou que a dialética de meios e fins não é necessariamente alienante para o sujeito, mas conduz a processos criativos nos quais o resultado final supera não só suas intenções originais como também as limitações dos instrumentos. Talvez esse argumento não tenha sido bem compreendido pelo jovem Marx, mas com certeza foi assimilado pelo Marx “maduro”, que identificou as raízes da alienação nas relações de exploração (teoria da “mais-valia”) e não na resistência dos instrumentos técnicos frente às intenções do sujeito.

Uma outra vertente de crítica incondicional da tecnologia provém de alguns grupos ligados ao movimento ecológico, que consideram que a destruição do ambiente seria conseqüência necessária de toda modalidade de progresso tecnológico. Essa vertente é contestada por outros grupos dentro do próprio movimento ecológico, que propõem a geração de tecnologias alternativas como meio de se readequar os processos de transformação, minimizando os danos ao ambiente.

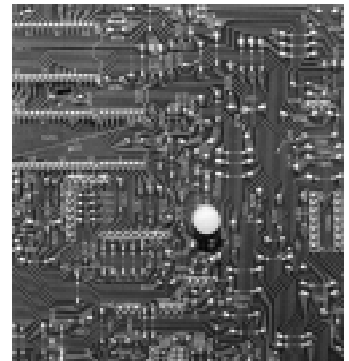
Uma crítica da tecnologia que desconheça a necessidade de métodos

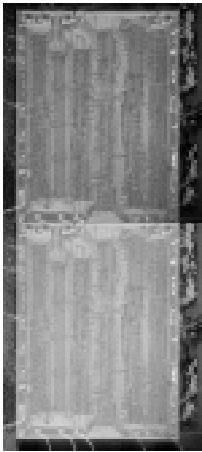
produtivos eficazes e eficientes, para manter e aperfeiçoar uma sociedade que passou por um processo de explosão demográfica, tende para uma visão utopista e/ou exclusivista (i.é., no sentido de se defender um projeto acessível apenas para uma minoria). Ora, o progresso tecnológico consiste basicamente na transformação dos instrumentos de trabalho. Mais precisamente, a tecnologia é a união da ciência e da técnica, propiciando novos processos de transformação material e de uso da informação, que venham satisfazer necessidades e desejos dos consumidores.

Na sociedade atual - por muitos classificada como “sociedade tecnológica”, dada a influência direta ou indireta da tecnologia nos diversos domínios da vida humana - existem mecanismos de propaganda que influenciam os consumidores no sentido de *pagar* pela satisfação trazida pelos avanços tecnológicos. Assim, por exemplo, televisores sem controle remoto, discos de vinil e carros com carburação são preteridos em prol de seus sucessores tecnológicos, mesmo que a diferença de funcionalidade não seja diretamente proporcional à diferença de preços. Na perspectiva aqui proposta, a reprodução da alienação estaria vinculada não à própria tecnologia, mas sim a ações de grupos econômicos interessados em obter lucro por meio da inovação tecnológica. Pelos métodos de convencimento como a propaganda em massa, o consumidor é induzido a gastar seus recursos de forma que não condiz com seus reais interesses. Porém, tal artifício não é consequência direta ou indireta da inovação tecnológica, pois a propaganda é igualmente utilizada para aumentar a venda de produtos tecnologicamente antiquados (às vezes, a prova do tempo é até mencionada como fator positivo para a escolha do produto).

A partir de seu papel chave nas esferas da produção e do consumo, o componente tecnológico tornou-se elemento diferencial nas transações comerciais. Na composição do capital e, conseqüentemente, na estrutura do preço das mercadorias, o incremento tecnológico aparece em progressivo destaque, em detrimento de outros fatores de custo, matéria-prima e mão-de-obra. Tal mudança vem indubitavelmente afetar, de modo negativo, a balança comercial dos países pobres em tecnologia, mesmo que sejam ricos em recursos naturais e força de trabalho. Por exemplo, nos desdobramentos do “Plano Real” brasileiro, que inicialmente se baseou em uma equiparação entre moeda brasileira (o real) e o dólar, o peso da tecnologia nas transações comerciais entre os países pobres e ricos veio a se revelar. Após protelar a desvalorização do real como forma de manter os aparentes benefícios do plano para a massa da população, o governo terminou forçado a realizá-la, o que não foi suficiente para reequilibrar a balança, uma vez que nossos produtos, tecnologicamente desqualificados, tendem a baixar de preço no mercado internacional, ao passo que os produtos que importamos tendem a subir.

Tal situação nos leva a identificar o papel central da tecnologia na sociedade contemporânea, as oportunidades que se abrem e que se fecham a partir de sua hegemonia, e os conflitos e limitações intrínsecos a esse padrão sócio-histórico. A principal diferença entre a sociedade atual - que podemos chamar de “neocapitalista”- e os mecanismos clássicos do capitalismo descritos no século passado por Marx





residiria em um “feedback” entre processos da infra e superestrutura sociais. A atividade científica se localiza na superestrutura, porém pela aplicação do conhecimento científico aos processos de produção, por meio da tecnologia, engendra-se uma dependência da infraestrutura frente à superestrutura. O fenômeno que nos países ricos poderia ser chamado de “círculo virtuoso da produção econômica e da inovação tecnológica” - isto é, o fato de que um PIB elevado favorece o investimento em pesquisa tecnológica, e esse investimento favorece o aumento do PIB - nos países pobres se torna um “círculo vicioso” - um baixo PIB impede investimentos ousados em pesquisa tecnológica, e a falta de tecnologia apropriada impede o crescimento do PIB.

Seria a dependência da infraestrutura frente à superestrutura restrita à esfera da ciência e da tecnologia? A resposta parece ser negativa, uma vez que essas mesmas atividades requerem uma série de experiências de vida, como condição para que o indivíduo ou grupo se capacite para exercê-las plenamente. Por exemplo, para se inserir competitivamente no mundo da computação, é necessário que o indivíduo ou grupo tenha uma experiência pessoal continuada com computadores. Evidentemente, apenas os membros de classes sociais relativamente abastadas podem ter acesso a essas experiências. O mesmo raciocínio se aplica aos países como um todo: para que o Brasil tivesse, por exemplo, pleno domínio da tecnologia nuclear, seria preciso que gerações de físicos pertencentes à nossa comunidade científica se dedicassem a desenvolver essa linha de pesquisa. A aquisição dos produtos tecnológicos pode ocorrer de forma rápida, mas a aquisição da própria tecnologia requer uma atividade continuada que muitas vezes não é acessível aos grupos de pesquisa dos países pobres.

Embora constitua condição necessária para o domínio da tecnologia, a existência de uma experiência prévia condizente não seria *suficiente*. Há um segundo requisito freqüentemente esquecido: a passagem de consumidor a produtor de tecnologia, que implica uma mentalidade empreendedora e criativa. O progresso tecnológico tem aprofundado a distância entre uso da tecnologia pelo consumidor e domínio da tecnologia em si: os produtos são cada vez mais fáceis de serem manipulados pelo consumidor, enquanto os processos de produção tornam-se cada vez mais sofisticados e incompreensíveis para o não-especialista². Assistir TV não gera conhecimento de eletrônica, assim como usar um computador não gera conhecimento de programação. Para se utilizar a experiência adquirida como consumidor com vistas a se tornar produtor, não basta a assimilação dos processos já existentes (quando estes são divulgados) mas é também preciso desenvolver a capacidade de criar novos processos. Há uma dinâmica tecnológica que requer, mais que o simples acompanhar das tendências mercadológicas, o antecipar no vislumbre de novas alternativas, para se gerar empreendimentos que permitam o aproveitamento de oportunidades.

O problema da alienação na sociedade contemporânea estaria, na perspectiva aqui adotada, ligado ao fato de que numerosos contingentes da população se colocam nas relações sociais apenas ou majoritariamente como *executores de tarefas e consumidores*, e não como *elaboradores*. O processo de desalienação, portanto, se identificaria com a passagem de mero executor/consumidor para elaborador, ou seja, com um processo de

² Esse ponto me foi sugerido pelo prof. Luis A. Chinali em seminário sobre tecnologia.

emancipação no qual os indivíduos e grupos adquirem autonomia sobre a produção de suas condições de vida. Tal processo necessariamente *implica um maior domínio sobre as tecnologias utilizadas nos processos de produção e comunicação*, pois sem tal domínio os sujeitos seriam incapazes de assumir o papel de elaboradores. Portanto, a tecnologia seria um componente necessário no processo de emancipação.

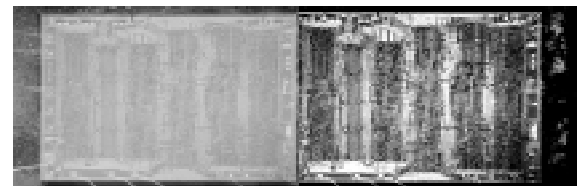
A velocidade da mudança tecnológica parece por vezes desafiar a capacidade da sociedade em absorver os novos produtos. Tal aparente contradição tem levado alguns analistas a postular a existência de limites para a sociedade tecnológica. Por exemplo, em um artigo intitulado “Tecnologia ainda não cria modelo econômico”, o articulista Gilson Schwartz, do jornal Folha de São Paulo (5/9/99), referindo-se a uma pesquisa sobre estresse em professores universitários realizada pela Universidade da Califórnia (UCLA), concluiu que

se o sucesso da nova economia depende do avanço do conhecimento, a tecnologia pode estar criando um tipo de estresse que prejudica mais que ajuda o crescimento econômico...isso pode ser bom para quem vende tecnologia, mas é um absurdo imaginar que a chamada ‘economia do conhecimento’ está fazendo com que as pessoas mais talentosas se obriguem a ficar mais atualizadas em tecnologia do que em seus respectivos campos de conhecimento (p.2-2).

Tal conclusão me parece ser terrivelmente apressada, não levando em conta que o processo de desenvolvimento de novas tecnologias é profundamente desigual. A existência de um fosso entre a cultura já assimilada e as novas experiências acessíveis exclusivamente pelas novíssimas tecnologias constitui justamente a mola propulsora do marketing tecnológico. Essa mola propulsora, inicialmente baseada nos desejos individuais de acesso a tais experiências, cria um contexto de “pressão seletiva” (fazendo-se uma analogia com o evolucionismo darwiniano) em que a exclusão relativamente à novidade pode inviabilizar a progressão em áreas profissionais bem distintas daquela que gerou a inovação tecnológica. Portanto, o estresse diagnosticado pela pesquisa da UCLA faz parte do mecanismo pelo qual a sociedade tecnológica neocapitalista se reproduz, não constituindo uma contradição que inviabilizasse essa mesma sociedade. A ausência de funcionalidade da tecnologia para certos agentes sociais faz parte do mecanismo pelo qual se gera o lucro de outros agentes; para os agentes geradores das novíssimas tecnologias, não existe o problema de assimilá-la e, por esta razão, não ocorrem neles o referido estresse (se vier a existir, então teremos uma contradição no sentido sociológico do termo)³.

Ao se discutir o capítulo sobre as contradições da sociedade capitalista, verificamos que as contradições “clássicas” identificadas por Marx, geradoras das crises de superprodução e subemprego, são relativamente superadas pela sociedade tecnológica neocapitalista. Se os produtos que acionam o mercado tendem a se localizar na área da informação, os efeitos de uma

³ Não seria uma contradição lógica - no sentido de se afirmar dois predicados incompatíveis entre si simultaneamente - mas uma contradição nas ações dos agentes sociais, ou seja, uma atividade imprescindível para a reprodução de seu status geraria consequências nocivas para os próprios agentes.

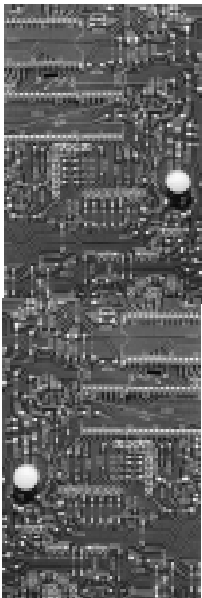


superprodução se tornam menos visíveis ou mesmo transparentes. Por exemplo, nos casos de uma superprodução de café ou cebola, freqüentemente ocorrem cenas dramáticas de destruição dos bens pelos produtores, visando impedir a queda do preço; no caso de superprodução científica ou jornalística, os bens gerados em excesso (relativamente ao poder de compra dos assalariados) simplesmente não são consumidos e desaparecem sem deixar rastro. Eventualmente algum cientista ou jornalista vem a se manifestar sobre o excesso de informação em circulação, mas os demais fingem que não ouviram e o sistema continua funcionando sem crises sérias. As reclamações sobre o excesso de informação caem na mesma vala comum das informações irrelevantes que passam despercebidas; apenas as informações que atingem uma massa crítica de consumidores “sobrevivem”.

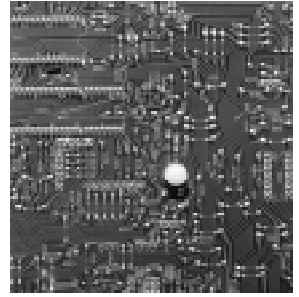
Quanto à crise de subemprego, ao mesmo tempo em que a sofisticação tecnológica subtrai postos de trabalho manual - um processo ainda em curso nos países pobres, mas já ultrapassado em vários países ricos - ela contribui para gerar novas frentes de trabalho com custo operacional consideravelmente menor. Pensemos nas várias modalidades de trabalho que utilizam basicamente um computador de porte médio conectado a um sistema privado e/ou público de processamento e/ou comunicação. Além da redução do custo de geração de emprego, diversas novas áreas de atividade têm emergido, no bojo do processo pelo qual as relações sociais “diretas” (p.ex., na rua, praça pública, campo de futebol) são substituídas por relações mediatizadas por instrumentos tecnológicos (p.ex., via Internet, *Shopping Centers*, Sistemas de Saúde). Todas as relações mediatizadas pela tecnologia constituem fonte de lucro para os proprietários dos instrumentos (no caso da Internet, os fabricantes de computadores, provedores, criadores de *software*, bancos cujos cartões são utilizados para compras etc.; no caso dos *Shopping Centers*, proprietários de ‘griffes’, agências de planejamento, marketing e publicidade, redes de alimentação padronizada etc.; no caso dos Sistemas de Saúde, produtores e exploradores de equipamentos médicos, fabricantes e comerciantes de drogas farmacêuticas, administradores de convênios etc.). Conseqüentemente, em todas essas atividades surgem

postos de emprego assalariado, necessários não só para implementar esses serviços como também para se extrair a “mais-valia” que é componente essencial do lucro. Nesse contexto, o problema do subemprego se reduz a dois subproblemas menos graves, não geradores de crises capazes de colocar em cheque o sistema neocapitalista: o problema do controle demográfico, que consiste em se reduzir a taxa de reprodução biológica, reduzindo, por conseqüência, os contingentes de desempregados estruturais; e o problema da melhoria do nível técnico e cultural da população, tornando-a apta a ocupar os novos postos de trabalho.

Uma vez convencidos da inexorabilidade do determinante tecnológico, nos restaria perguntar: quais as oportunidades que se apresentam para um país como o Brasil, no contexto da globalização deste padrão societário, e o que podemos fazer para melhor aproveitá-las? Observemos de início que a sociedade tecnológica não se opõe nem substitui a sociedade industrial que a precede



historicamente; todo o processo de sofisticação tecnológica pressupõe a existência de uma estrutura industrial capaz de implantar as inovações dos processos de produção, e um mercado consumidor interessado nos novos produtos. Esse aspecto é freqüentemente esquecido pelos teóricos do “pós-moderno”; por exemplo, em uma interessante e famosa entrevista concedida ao programa Roda Viva, da TV Cultura brasileira, em 04/01/99, o sociólogo italiano Domenico de Masi declarou que “um país pode passar diretamente para o pós-industrial, sem perder tempo na fase industrial, desde que tenha condições: grandes universidades, uma grande literatura e uma grande arte”. Um análogo computacional de tal raciocínio seria a afirmação de que um excelente “software” dispensaria o “hardware”...



Como não podemos competir diretamente no domínio da pesquisa e do desenvolvimento científico/tecnológico, nos restaria competir na esfera das condições materiais de base que suportam a estrutura industrial que suporta a sociedade tecnológica. Dentre os diversos tipos de recursos básicos necessários para tal estrutura, três deles apresentam tendência à escassez, sendo que nosso país é afortunadamente rico em todos eles: a) recursos hídricos; b) recursos energéticos; c) outros recursos ambientais ligados à qualidade de vida, incluindo-se o lazer (turismo).

Para finalizar este estudo proponho uma breve reflexão sobre a questão energética, mais especificamente a respeito da utilização do álcool como combustível automotivo. Decorre da análise anterior que, para se inserir competitivamente na economia globalizada atual, não basta a um país possuir recursos materiais, é ainda mais importante que tenha uma tecnologia adequada para sua transformação e comercialização. Como na maioria dos processos de transformação as pesquisas tecnológicas foram feitas em outros países, torna-se mais econômico para as empresas aqui instaladas - sejam multinacionais ou não - copiar ou adquirir esses conhecimentos prontos, e adaptá-los para uso interno. No caso do álcool, tal pesquisa externa praticamente não existe, pois esse combustível requer condições específicas, como clima tropical e disponibilidade de vastas áreas agricultáveis, para ser produzido. Como é vastamente sabido, durante um par de décadas as agências públicas de pesquisa e financiamento desenvolveram um programa de inovação tecnológica e financiamento/subsídio, o Pró-Álcool, para se criar uma alternativa brasileira ao combustível petrolífero. Contudo, uma relativa baixa do preço do petróleo, ao final dos anos oitenta, ligada ao aperfeiçoamento dos motores a gasolina, quase inviabilizou tal programa, fazendo com que no contexto atual, de revalorização do preço do petróleo, a maior parte da frota de veículos nacionais fosse ainda movida a gasolina.

Uma baixa estratégica do preço do produto, durante cerca de seis meses no ano de 1999, colocando o custo do álcool na proporção de um terço do custo da gasolina, permitiu ao programa recuperar parte de sua credibilidade. Contudo, após a venda dos estoques acumulados, um acordo entre o governo federal e os grandes usineiros elevou o preço a mais da metade do preço da gasolina. Nesse incidente podemos vislumbrar algumas das principais restrições ao usufruto democrático da tecnologia. É evidente

que o fornecimento do álcool, assim como o gás natural, a baixo custo, certamente beneficiaria um amplo setor da população brasileira. Contudo, isso não seria viável para o governo federal e usineiros, por uma série de razões. Em primeiro lugar, é preciso reconhecer que a pesquisa realizada não teve como objeto o próprio álcool enquanto combustível; ou seja, não se desenvolveram novos processos para aumentar sua eficiência, permitindo inclusive sua utilização nos motores a gasolina. Ao contrário, a estratégia adotada foi a de modificar os motores originalmente planejados para funcionar a gasolina, para que funcionassem com o álcool. Tal estratégia implica na introdução de fatores de ineficiência e ineficácia, gerando contradições que tornam mais penosa a implantação do programa: necessidade de produção de dois tipos de equipamento; menor rendimento do álcool (apesar da maior octanagem); custos de distribuição; e geração de confusão na mente dos consumidores. Em segundo lugar, devido a razões políticas e acordos possivelmente ilegais, o governo federal tem sistematicamente financiado e favorecido grandes usineiros que não têm qualquer compromisso com a inovação tecnológica. Alguns pequenos usineiros, que desenvolveram métodos mais eficientes de produção do combustível, são capazes de fornecê-los a preços de atacado mais baixos, porém as grandes redes distribuidoras multinacionais, e a própria Petrobrás, têm sistematicamente proibido os postos de combustível que as representam de adquirir o álcool dos produtores independentes e repassá-lo a menor custo para o consumidor.

O exemplo acima ilustra a perspectiva delineada ao longo desse pequeno ensaio, ou seja, que o progresso tecnológico não seria intrinsecamente um instrumento de reprodução da exploração e alienação humanas, embora seja amplamente utilizado como ferramenta para a realização dos interesses dos setores dominantes na sociedade.

Em conclusão, após discutir a relação tecnologia-práxis no plano conceitual, e no contexto da sociedade neocapitalista contemporânea, sustento a visão de que a tecnologia é um componente necessário da práxis, e que pode vir a beneficiar amplos contingentes da população, desde que o padrão de relações sócio-políticas vigente seja alterado, de modo a quebrar restrições que impedem a disseminação de seus benefícios para a maioria da população.

PEREIRA JR., A. Una discusión del papel de la tecnología en la praxis, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

Este estudio discute algunos aspectos de la relación entre praxis (actividad humana integral, transformadora y emancipadora) y tecnología. Algunos de los tópicos planteados son: ¿ en qué consiste la tecnología? ¿Será intrínsecamente antagonista de esta praxis? ¿ Cómo utilizan el desarrollo tecnológico los grupos socio-políticos dominantes en la sociedad contemporánea? ¿Cómo afecta este desarrollo a los países pobres en tecnología? La conclusión propuesta es que, aunque el progreso tecnológico se utilice en la sociedad neocapitalista como medio de reproducción de la desigualdad social y de la alienación, el dominio de la tecnología también sería esencial para una praxis consistente.

KEY WORDS: tecnología; praxis; alienación.

Análise de transformações da técnica em Medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica*

Ana Sílvia Whitaker Dalmaso¹

DALMASO, A. S. W. An analysis of the transformations of medical technique: reflexions about a proposal, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

This study deals with the conformation of contemporary Medicine as a historical and social practice, whose technique has been profoundly influenced not only by scientific knowledge, but by scientific rationality as well. To study this articulation, the viewpoint adopted was one oriented to sound practice. An analysis of data from renowned medical treatises and scientific journals published in the second half of the twentieth century revealed that clinical practice went through a transition process during this period. A comparison of several decades (the fifties, seventies and nineties) showed that an evolutionary process was at play, involving a great deal of tension as regards indicators of what “good physician performance” consists of. Concerning medical practice indicators, it became evident that a major technical change took place, consisting of a shift away from personal clinical experience and the relatively widespread production of research connected with clinical practice, toward the enhancement of a scientific set of procedures, submitted to efficiency and results testing, and the growth of specialized research centers. Clinical practice, a technique that is close to the patient but that remains something of an art, a type of work both operative and unique, which applies science to individual care and which is committed to action, has become progressively strained due to a bias favoring greater theoretical and scientific knowledge.

KEY WORDS: 20th century medical history; medical technology; knowledge, attitudes; practice; professional practice.

Este texto trata da conformação da Medicina contemporânea como prática histórica e social, cuja técnica vem sendo penetrada de forma crescente não só pelo conhecimento, mas pela racionalidade científica. O ângulo eleito para apreender esta articulação foi o das orientações para a boa prática. Mediante levantamento de informações nas publicações consagradas de tratados médicos e revistas científicas, feito na segunda metade do século XX, delimitou-se o padrão transitivo da Clínica no período. A comparação entre períodos (anos 50, 70 e 90) possibilitou o reconhecimento de um movimento processual, com muitas tensões nas indicações para o bom desempenho do médico. Constatou-se, no plano das orientações para a prática, uma variação técnica importante, caracterizada pelo deslocamento da experiência clínica pessoal e da produção relativamente disseminada de pesquisa associada à assistência para a valorização do respaldo científico dos procedimentos, submetidos a testes de eficácia e de resultados, e para a ampliação de centros especializados em pesquisa. A Clínica, técnica desenvolvida na proximidade do doente e da arte, trabalho operacional e singular, que aplica a ciência na assistência individual e está comprometida com a ação, vem sendo progressivamente retesada por seu pólo de conhecimento mais teórico e científico.

PALAVRAS-CHAVE: história da Medicina do século 20; tecnologia médica; conhecimentos, atitudes; práticas; prática profissional.

* Este texto baseia-se nos resultados de pesquisas desenvolvidas pela autora, com a colaboração valiosa do Dr. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e da Prof. Dra. Lília Blima Schraiber.

¹ Médica do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa, Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail csesbp@org.usp.br

Introdução

Para começar a tratar deste assunto, das transformações da técnica em Medicina, é necessário esclarecer a que se atribui as variações e o que se entende por técnica e os seus conexos, tecnologia e tecnológico.

A forma corrente de se interpretar mudanças é a teoria do progresso, que considera que há um motor inerente à história que suscita transformações e que o que é novo é melhor do que o anterior. E a Medicina é objeto de uma série de estudos deste tipo, que explicam como foi melhorando o diagnóstico e como homens engenhosos fizeram descobertas e desenvolveram equipamentos para exames subsidiários e para terapêutica (para o caso da hipertensão arterial, ver Dustan, 1997; Frohlich, 1997).

Uma outra maneira de interpretar as transformações, e contar a história, é aquela que atribui as modificações às condições complexas de vida que determinam tensões e soluções temporárias (Canguilhem, 1977; Entralgo, 1978; Cid, 1985). Em determinada situação convivem uma série de alternativas e personagens e, conforme as necessidades e estratégias históricas e sociais, predomina uma em detrimento de outra. Esta concepção não pode considerar que o que vem depois é melhor do que o anterior, ou seja, não há um progresso contínuo em uma determinada direção, mas respostas consideradas mais adequadas para as necessidades colocadas, em uma conjugação de fatores dinâmicos. Portanto, deste ângulo de interpretação, as transformações da Medicina são históricas (Mendes-Gonçalves, 1979): o diagnóstico das doenças modificou-se no sentido de uma localização mais radical no corpo do homem, do órgão ao gene, e o conhecimento acumulado nesta direção desdobrou-se em técnicas de investigação mais restritivas e aprofundadas no corpo e técnicas de intervenção que têm como alvo principal a causa imediata.

Sobre o que vamos estar denominando técnica/ tecnologia e tecnológico, há também duas interpretações polares. De um lado, a concepção mais corrente, que toma a tecnologia como arsenal material e a técnica como modo de operar o tecnológico, e que costuma adotar a primeira concepção de história exposta acima, explicando as transformações da tecnologia como progresso. Esta interpretação é usada com frequência para dar conta de chamadas insuficiências de meios diagnósticos e terapêuticos em determinados momentos, vencidas quando “aparecem” os recursos como, por exemplo, os antibióticos e a endoscopia.

De outro lado, este conceito pode ser recolocado de forma mais ampliada, abrangendo a tecnologia material e a não material, sendo que esta última envolve tanto o conhecimento que instrui a ação, como as formas de operação não baseadas imediatamente em substrato material, como o contato interpessoal e a comunicação. A técnica, por sua vez, é concebida como “modo de fazer” (Novaes, 1996) não só segundo as características do recurso material, mas conforme as necessidades que tornaram aquela intervenção almejada, necessidades articuladas às formas de viver (Mendes-Gonçalves, 1992). Se a técnica no mundo moderno foi largamente subsidiada pelo conhecimento científico, com a hipertrofia do pólo tecnológico material, a ciência, como produto do trabalho humano, também está vinculada às necessidades que colocaram os problemas a serem objeto

de estudo (Mendes-Gonçalves, 1997).

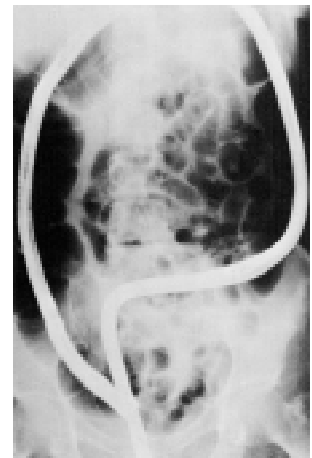
Estudando a história da Medicina no século XIX (Dalmaso, 1991), e especialmente o diagnóstico e cuidado da pneumonia, constata-se que os médicos eram orientados (nos cursos e livros) a diagnosticar se o quadro era ou não típico e, na primeira alternativa, *não intervir*, porque se considerava que a natureza tinha a sua própria forma de resolução e que uma alteração do curso natural da doença podia fazer mais mal do que bem para o doente. Com esta concepção de natureza, de doença e do papel da Medicina, simplesmente não havia necessidade de tratamento no sentido mais restritivo que hoje damos a este termo, mas de cuidado como suporte (alimentação, sossego, ares benéficos) que pudesse contribuir para promover a força do doente no seu combate contra a doença. Aquelas concepções começaram a mudar no início do século XX, com uma valorização da contraposição homem-natureza em diversos campos da vida e do conhecimento, quando dispor de recursos que pudessem “cortar” a evolução da doença começa a ser tomado como necessário e, portanto, pesquisado.

A não disponibilidade de determinado recurso terapêutico não pode ser considerada como uma insuficiência da técnica, mas deve ser analisada conforme as necessidades do momento, relacionadas com as formas mais amplas de viver, curar e morrer (Canguilhem, 1982), às quais a técnica responde (Ortega, 1963). Considerar os antibióticos como necessários para a Medicina de todas as épocas é interpretar o passado com os pressupostos do presente, erro grave de análise (Loroux, 1992).

Análise de transformações: relações entre passado e futuro

Para analisar transformações é necessário estabelecer relações entre momentos diversos, um antes e um depois, cuja comparação permite reconhecer uma variação. Estamos, portanto, trabalhando sobre a noção de tempo e história. Cabe aqui logo um reparo à concepção de passado, presente e futuro. A interpretação mais corrente é aquela que os considera de forma estanque; uma outra é a que encontra no presente formas passadas e futuras, alterando-se só relativamente entre os tempos a sua densidade. Nesta segunda maneira de se explicar o tempo, formas passadas continuam coexistindo no futuro, o qual por sua vez foi gestado no passado (De Certeau, 1982; Veyne, 1983).

Reconhecer transformações no passado na nossa opinião tem diversas finalidades. Em primeiro lugar, costuma ser usado para alimentar uma erudição que nos dias de hoje está cada vez mais relegada ao supérfluo. Em segundo lugar, saber “da onde viemos” dá respaldo ao nosso trabalho, esclarecendo compromissos e limites. Em terceiro lugar, nos instrumentaliza a identificar tendências, o que é especialmente importante para aqueles que trabalham com ensino (Schraiber, 1989) e propõem pesquisa. Mas há ainda uma quarta finalidade, esta de natureza mais técnico-política, de reconhecer que o que parece hoje tão sólido pode também se



Raio-X

desmanchar no ar, e de identificar brechas de transformação, que possibilitam apostar em determinadas alternativas, aquelas que possam responder melhor aos nossos projetos de vida e de humano.

A partir dessas considerações mais gerais, vamos delimitar o campo sobre o qual trabalharemos neste texto. De um lado, o foco é um campo específico, o da Medicina, não só de aplicação do quadro teórico de referência, mas também de elementos da realidade que subsidiaram a teoria, no ir e vir necessário entre um plano e outro. De outro, vamos apresentar uma metodologia de pesquisa e resultados que podem inspirar outros campos de pesquisa que tratem de objetos assemelhados. Tem-se ainda aquela ambição técnico-política, de buscar brechas no passado que possam orientar formas de conceber e cuidar da saúde não só progressistas, mas mais democráticas.

Temos acumulado um estudo abrangente de transformações da prática médica que abarca os períodos 1860-1910 (Dalmaso, 1991) e 1950-1990 (Dalmaso, 1998). Optamos por centrar esta exposição mais na segunda metade do século XX, por sua maior proximidade com os leitores, atualidade do passado em foco e porque neste período pode-se constatar a constituição da prática médica de base científica. A eleição de momentos de concentração de mudanças facilita o trabalho de pesquisa, uma vez que torna mais visível o contraste entre elementos comparados.

Desenvolvimento de estudos

A fonte principal de dados com que trabalhamos foram tratados médicos publicados no período², acoplando-se artigos e editoriais de revista médica³.

A Medicina contemporânea tem o seu saber sedimentado em dois tipos principais de base, a escrita e a oral, as quais constituem as duas formas maiores de transmissão do seu conteúdo, responsáveis pela sua reprodução a longo prazo.

Além dos textos das ciências médicas, que servem de base para a Clínica, a sistematização da tecnologia médica encontra-se formalmente em tratados médicos (Davis, 1978), aos quais se somam os manuais, voltados mais imediatamente para o trabalho, e em revistas especializadas, que congregam a divulgação de novas informações, retificando ou ratificando o conhecimento acumulado e expressando opiniões nos seus editoriais e cartas de leitores.

As edições mais recentes dos tratados médicos têm como conteúdo básico uma definição normativa da doença, informações sobre anatomia e fisiologia da doença e, especialmente, tecnologia médica, os modos de fazer o diagnóstico e instituir a terapêutica. Mas os tratados também tiveram uma variação, do registro de aulas dadas por professores nas academias de Medicina, percorrendo um número limitado de problemas (Graves, 1862; Jaccoud, 1869), ao texto sistematizado de informações sobre a doença para instruir o estudante e o trabalho do médico. Na língua inglesa, o primeiro texto sistemático sobre o conjunto das doenças e publicado com o formato que se mantém mais ou menos até hoje foi o de Osler, em 1892; em 1927, começou a ser publicado um tratado escrito não só por um autor, mas por um conjunto de especialistas (*A text-book of medicine by American authors*), coordenado inicialmente por Cecil, cujas edições sucessivas têm

² As edições sucessivas do *Tratado de Medicina Interna* (que teve variações na sua denominação), editadas inicialmente por CECIL, foram publicadas em 1927, 1930, 1933, 1940, 1943, 1947, 1951, 1955, 1959, 1963, 1967, 1971, 1975, 1979, 1982, 1985, 1988, 1992, 1996. A biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo dispõe das seguintes edições em inglês: 1947, 1955, 1963, 1971 e todas as sucessivas. Dos anos 50, 70 e 90 foram lidos ao todo 42 textos, entre capítulos gerais sobre medicina e sobre algumas patologias específicas.

³ Em 1828, a revista científica *Boston Medical Intelligencer* é substituída pela *Boston Medical and Surgical Journal* que, por sua vez, em 1928, no volume 198, dá lugar à *The New England Journal of Medicine*. Na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a coleção (quase completa) começa com a publicação de 1839. Dos anos 50, 70 e 90 foram lidos 90 textos, entre editoriais, discussão de casos clínicos e artigos sobre características do trabalho e sobre aspectos de determinadas doenças.

servido como referência para a maior parte dos estudantes nas Américas.

Se os livros de Clínica fazem um compilado do saber positivo e geral do comportamento das doenças nos doentes, bastante próximo da ciência (patologia), e das formas correspondentes de identificá-las e tratá-las, no último quartel do século XX há um novo tipo de texto para o médico, as rotinas e protocolos. O método de trabalho centrado em protocolos teria como vantagens eliminar as influências “externas” à Medicina e à Ciência e controlar a subjetividade, garantindo uma prática com menos incertezas e erros (Ribeiro, 1995), e fornecendo subsídios para controle de custos e da qualidade da assistência (Logan & Scott, 1996). Eles representam instrumentos não materiais de trabalho, conjuntos estruturados de problemas (queixas, sinais, condições de risco) e de soluções (diagnósticas e terapêuticas) que auxiliam a atuação e a tomada de decisão pelo médico.

As rotinas são primordiais para a técnica, orientando o profissional no desempenho do seu trabalho (Ribeiro, 1995). No entanto, a especificidade da Medicina contemporânea é a de desenvolver e adotar procedimentos respaldados pela pesquisa científica, homogeneizando e tornando rotineira a assistência. A norma sobrepõe-se ao caso, estreitando-se a relação entre a técnica e a ciência. Os *guidelines* despontam como um novo tipo de literatura médica, recurso importante para sistematização e orientação para o que se considera uma boa prática, instrumentos também utilizados pela Medicina baseada em evidências científicas (Sackett et al., 1997).

A partir do levantamento de fontes de informação sobre o tema, há que se estabelecer uma metodologia de leitura que possa levar à identificação de “padrões de orientação” para o trabalho médico. Uma forma de coleta do material que nos parece produtiva é a técnica de descrição para cada tópico eleito, visando a construção de padrões. A análise do material escrito compoando uma série temporal fornece informações sobre evoluções e permite explorar tendências. Os estudos comparativos permitem ultrapassar o caso singular, possibilitando a constituição de regularidades ou de constantes entre vários momentos ou espaços, podendo-se analisar semelhanças e dessemelhanças (Bruyne et al., 1977). Neste tipo de estudo o pesquisador usa uma forma de “raciocínio homológico”, focalizando não os próprios dados empíricos, mas as suas propriedades e a relação entre estas propriedades. As comparações no tempo permitem estudar os próprios processos de mudança em suas diversas fases interdependentes.

A informação (de realidade produzida) que fornece o dado (de pesquisa) a ser comparado sofre um processo de formalização, no qual os traços secundários são mais ou menos abandonados, permitindo uma maior proeminência dos aspectos relevantes do problema enfocado pela pesquisa (Bruyne et al., 1977).

No processo da pesquisa, a elaboração de uma lista de variáveis consideradas características do objeto pode ser considerada um primeiro passo. Como ela tende a ser normalmente ampla, apesar de sempre incompleta, muitas vezes usando categorias vagas e abstratas, e em geral agrupando um conjunto heterogêneo de fatores, em um segundo passo do trabalho ela precisa ser refeita. Classificações mais extensivas, referentes a um número elevado de atributos que são teoricamente considerados como variando quantitativa e qualitativamente entre diferentes momentos e/ou

espaços, fornecem um quadro de análise que permite ordenar e por em correlação os atributos fixados. A análise multidimensional permite uma melhor apreensão do problema; a dimensão temporal propicia o estudo dos processos e das variações.

No sentido também de recortar e viabilizar este tipo de estudo, achamos interessante aprofundar a análise sobre a assistência a determinadas condições. Se as formas de entrada poderiam ser muitas — concepção da doença, aspectos da anamnese, exames subsidiários, recursos terapêuticos, relação médico-paciente — optamos por tomar como núcleo de análise a doença porque, de um lado, ela é a conformação de determinado problema no campo da saúde referente ao modo de vida; de outro, ela é objeto de práticas socialmente determinadas. A doença tomada então como estratégia metodológica de pesquisa, permite identificar, mais do que os meios e instrumentos técnicos isolados, os determinantes e os valores que explicam as variações históricas da Medicina (Ayres, 1994). Nesta pesquisa procuramos como doenças-índice algumas afecções que adquiriram variados significados no período estudado, tanto na concepção dos seus determinantes, como na forma de ser diagnosticada e tratada. Entre as que preenchem estas características na segunda metade do século XX, destacamos a úlcera gastroduodenal (Arquiola et al., 1987) e a hipertensão arterial (Hart, 1987; Hickey & Graham, 1988).

A metodologia utilizada foi a de elaborar padrões para cada subperíodo e compará-los, detectando tensões entre formas diferentes (contrastadas com as anteriores) de conceber e atuar na doença, que evidenciam os embates, as características históricas e sociais dos conhecimentos e da prática médica. A comparação de momentos sucessivos permite identificar alternativas de tendências, isto é, o sentido do que permanece (e do seu reverso, do potencial que não se mantém hegemônico, mas que pode retornar em outros futuros, com o mesmo significado, ou um outro, porque responde a necessidades colocadas).

Transformações nas orientações para a boa prática em Medicina na segunda metade do século XX

Vamos estar aqui apresentando somente alguns aspectos das transformações da técnica em Medicina, e de forma relativamente breve, com o intuito menos de fornecer informações, e mais de dar ao leitor a oportunidade de conhecer o quadro teórico referencial na sua aplicação a um objeto, as agruras e soluções metodológicas e de dialogar com as idéias que desenvolvemos. É nosso objetivo maior estimular o leitor a pensar, para a sua própria área de atuação, sobre as relações entre passado, presente e futuro, e sobre como levantar dados para delinear tendências e identificar brechas de transformação.

Estudando-se as orientações para a prática dos médicos dos anos cinquenta, setenta e noventa, de uma forma mais geral, pudemos acompanhar um processo de localização da doença no corpo, objetivação do diagnóstico, tecnicização da relação médico-paciente, ampliação da intervenção, racionalização e matematização dos critérios e procedimentos, busca de simplificação da concepção de doença e da terapêutica,

mercantilização da prática, centralização das decisões e controle do trabalho do médico.

Se já havíamos identificado algumas destas características na segunda metade do século XIX, constatamos que o padrão “localização, objetivação e intervenção” se manteve, mas também se acentuou ao longo do século XX: a genética e os receptores viscerais fazem parte da tendência de localização da doença no corpo; a prova da doença através de exames subsidiários e a quantificação de parâmetros vitais representam objetivações do diagnóstico; a valorização da intervenção, incluindo as medidas preventivas, e a terapêutica medicamentosa alinham-se com o movimento de contraposição à evolução natural da doença. Entre os anos 50 e 90 deslocam-se os atributos valorizados no desempenho do médico da dimensão pessoal, humana e ética, para a da técnica, da perícia, da habilidade instrumental, do uso de equipamentos, da inovação, da autoridade do conhecimento especializado (Schraiber, 1997).



Por exemplo, em uma leitura mais linear das características da Medicina no período estudado podemos verificar as seguintes tendências: a concepção de doença passa da lesão ao risco e à anomalia, da qualidade à quantidade, da doença específica à síndrome/ao problema, do emocional ao visceral. O conhecimento epidemiológico e o clínico ganham legitimidade contribuindo de forma significativa para a apreensão da doença e para avaliar e legitimar as formas de diagnóstico e terapêutica. A incerteza, identificada como inerente à Medicina e ao caso individual, é aparentemente controlada pelo estudo da série e o cálculo de probabilidades, procedimentos que têm na Matemática sua base teórica e de aceitação social. A preocupação com o acerto do diagnóstico (preciso) e com o bem-estar e apoio ao paciente é relativamente deslocada pela preocupação com custos e resultados.

Fazendo uma leitura das tensões podemos identificar os embates, em que cada alternativa está vinculada a questões sociais mais amplas, como a relação do homem com a natureza, o significado da saúde/doença, da vida/morte, a concepção de corpo e de indivíduo, as formas de cuidado. Tomando como exemplo a variação da concepção de doença — da lesão/ complicação ao risco — esta mudança não é consequência direta e exclusiva do conhecimento acumulado, mas dos valores sociais. Entre 1950 e 70 pode-se reconhecer uma variação não só do significado da vida, em que a convivência com situação de perigo torna-se indesejável, mas também uma ampliação do campo da Medicina que, além do paciente sintomático, passa a tomar como objeto aquele no qual identifica condição de risco. Entre os anos 70 e 90 acompanha-se ainda um estreitamento da faixa de normalidade, isto é, daquilo que se considera (socialmente) admissível em termos de risco (Kenen, 1996). Ao mesmo tempo, o cuidado se distancia do indivíduo singular e passa-se a considerar o paciente mais abstraído em uma série de indivíduos semelhantes que tiveram determinados resultados com tal ou qual procedimento. Entre as formas de cuidado, se em 1950 recomendava-se ao paciente umas férias, uma pescaria, nos anos 90 controla-se o desempenho cardiovascular no exercício aeróbico. Ou seja, constata-se que as medidas mais gerais relacionadas com o comportamento foram

quantificadas e padronizadas.

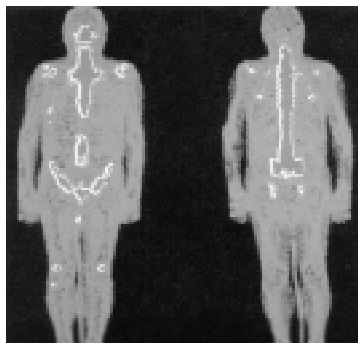
Segundo Granger (1994), desde o final do século XVII tem havido uma aproximação entre ciência e técnica, com desenvolvimento expressivo das técnicas baseadas em explicações científicas em comparação com aquelas que derivam seu conhecimento da experiência. Se a penetração da técnica pela ciência foi maior a partir da grande Revolução Industrial européia (XVIII), a Segunda Guerra Mundial — com as necessidades técnicas dos países beligerantes, o financiamento de pesquisa com dinheiro público e a constituição de pesquisadores profissionais — representa o marco inicial do que este autor denomina de “Idade da Ciência”, tão grande e legitimada a sua dominância.

Esta associação mais estreita entre técnica e ciência confere características específicas a ambas. De um lado destaca-se o caráter aplicado da ciência contemporânea. De outro, se a técnica não impregnada pela ciência estava baseada no trabalho mais artesanal, transmitido em receitas e manhas, e produzia obras individualizadas, a sua penetração pela ciência a modifica substancialmente. Uma das condições de aplicação da ciência é a redução dos objetos a esquemas abstratos — o despojamento dos fatos de condições históricas singulares que os co-determinam — e a normalização do trabalho para diminuir custos, possibilitar o controle e aumentar a produção (Granger, 1994). O progresso técnico aumenta, nesta redução, a capacidade de intervenção e predição. É também claro que se trata de um tipo de predição, na qual, como se verá adiante, a incerteza não é banida.

No começo deste estudo, sabíamos que a Clínica não havia passado por uma revolução no período abrangido pela pesquisa, mas que, após a Segunda Guerra Mundial, houve uma maior penetração da técnica pela ciência (Granger, 1994). A análise das modificações dos seus componentes básicos — da concepção de doença, do diagnosticar e tratar — e dos seus elementos organizacionais complementares faz ver que tais variações foram profundas e até radicais.

Entre 1950 e 90, pôde-se identificar a seguinte transformação da técnica em Medicina: da concepção de doença-lesão, da incerteza do conhecimento e da prática, da valorização da experiência clínica pessoal e da autonomia técnica do médico (Schraiber, 1988), para, respectivamente, a concepção de doença-risco (Kenen, 1996), o cálculo da probabilidade, a busca do respaldo científico e a medida dos resultados dos procedimentos.

Nessa transformação identifica-se mais do que uma modificação de quantidades ou um acréscimo de novas ordens, mas, uma variação de qualidades. Como pôde ser constatado, as modificações de substância da



Cintigrafia

Clínica no decorrer da segunda metade do século XX não se deveram tanto a avanços internos da Medicina, como os não menos importantes e inúmeros desenvolvimentos nas áreas de microbiologia, genética, farmacologia, mas à aplicação à Medicina de conhecimentos científicos e técnicos desenvolvidos e usados em outras áreas e que, por legitimidade social dos valores que eles carregam e produzem, transferidos e adaptados à área da saúde. Portanto, um dos resultados deste tipo de estudo é a identificação de padrões da Clínica como tecnologia bastante distintos entre os anos 50 e 90, sendo a década de 1970 menos uma intermediária, do que um período com sua própria especificidade, entre as quais a preocupação com custos e a incorporação do risco como um problema para a assistência médica.

Vamos aqui sintetizar as bases e opções metodológicas que consideramos possam interessar a outros estudos sobre transformações de práticas sociais. Quando iniciamos este trabalho, partimos de uma configuração geral da Clínica no século XX, produto de outros estudos neste campo, que serviu de base para o levantamento e a análise dos dados. Em vez de um conhecimento realista, impossível na abrangência “total” do objeto, na reconstrução da história produzimos um conhecimento parcial, de alguns pontos de vista, correspondente a faces do cubo (Veyne, 1983). Em vez da noção de desvelamento, produzimos conhecimento histórico, resultante de uma prática científica e social (De Certeau, 1982). Mais do que descrever os elementos da Clínica no período estudado, buscamos enunciar seu sentido, na articulação entre os elementos e do conjunto com as finalidades da Medicina no período; trabalhamos menos sobre o real do que sobre o inteligível (De Certeau, 1982). Supusemos no início que a Clínica, na segunda metade do século XX, tem especificidades que mereciam ser melhor conhecidas e arquitetamos uma estratégia teórica e metodológica para estudá-las. Se pessoalmente temos um certo interesse no passado, uma curiosidade pela forma de pensar e expressar, pelos costumes e fatos (e fitas e fotos), conhecê-lo melhor pode nos inspirar a lidar com questões atuais. Conforme o referencial teórico adotado, a reconstrução histórica foi feita pela suspensão das categorias do presente, realizada pela problematização dos valores e conhecimentos, o que possibilitou a apreensão (parcial) de outras categorias (Loroux, 1992). Para além de encontrar precursores e insuficiências, obstáculos e progressos, pudemos verificar a articulação e tensão entre diversos componentes da Medicina e o sentido da sua variação, sendo que os resultados deste tipo de estudo são relativos e não categóricos.

O pressuposto teórico-metodológico de não reduzir a Medicina a um ou outro elemento, mas considerá-la no seu conjunto — a conformação do objeto ao qual ela se aplica, os meios de trabalho que ela utiliza para operar, o tipo e significados do seu produto, a forma de organizar a assistência (Donnangelo, 1979) — mostrou-se muito acertado e rico. Vale aqui mais uma vez lembrar que o modelo de interpretação é sempre elaborado no e com as necessidades do presente. Se hoje o respaldo científico da prática é uma questão candente, fomos buscar no passado as indicações da base da prática e encontramos a valorização da tradição e da observação pessoal, da experiência clínica do médico (Molinder, 1995), e uma desconfiança dos resultados estatísticos. Encontramos, em vez do acúmulo de novos conhecimentos científicos, uma revisão de conteúdos, adequando-os às

necessidades (sociais). Se podemos retomamos fatos esquecidos na história certamente sobre outros nada somos capazes de dizer.

Ao mesmo tempo que se produz o objeto da pesquisa precisamos representá-lo, ou seja, ele não existe sem assumir uma determinada forma, sem ter estabelecida uma rede de relações (Bruyne et al., 1977). Neste estudo trabalhou-se com critérios desenvolvidos no processo da pesquisa, o sentido produzido ao final; o modelo que se quis delinear é apenas um momento técnico ou figura ideal da problemática, tendo uma estruturação provisória do sentido. Os padrões normativos da Clínica que identificamos em cada período e a formalização do conjunto como tecnologia, buscam integrar os elementos em uma unidade coerente, tendo como referência a teoria que orientou os critérios dos diversos cortes e recortes e a rearticulação dos elementos, de modo que nesta etapa do estudo pudéssemos propor uma interpretação da realidade. Nosso esforço foi o de conhecer o padrão de processos da (e na) Medicina (Veyne, 1983).

Do conjunto de informações disponíveis sobre o assunto, colhemos aquelas que julgamos pertinentes e que pudessem confirmar as hipóteses. Entre as limitações deste tipo de estudo, sabemos que nem tudo o que é importante para o tema foi escrito e o que foi registrado nem sempre foi publicado; portanto, sabe-se que na franja desta história há muitos outros conceitos, recursos, resultados e racionalidades do que puderam ser verificados. Ou seja, trabalhou-se com a produção “vencedora”, considerada em cada período como as indicações para a boa prática.

O estudo comparativo do padrão da Clínica nos três períodos estudados permite ultrapassar o caso singular — da hipertensão, da úlcera, do tratado médico, da revista científica, do autor — possibilitando a constituição de regularidades (sintéticas) entre os vários momentos, podendo-se analisar semelhanças e dessemelhanças. As comparações no tempo permitem estudar os próprios processos de mudança em suas diversas fases interdependentes.

Cabe ainda uma última consideração, acerca da Clínica como tecnologia, não daquela faceta restrita aos recursos materiais, mas daquela, segundo Kneller (1980), que envolve um conjunto de elementos — agentes, instituições, produtos, conhecimentos e técnicas, e daquele ângulo proposto por Mendes-Gonçalves (1986), dos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre os elementos articulados às finalidades. No plano das indicações para uma boa prática, pudemos verificar não só a articulação entre os elementos, e de uma gama variada deles, mas também da sua variação histórica. Encontramos nos textos, *integrados na orientações do modo de fazer*, a concepção de objeto — doença e paciente, os meios de diagnóstico e tratamento, o papel esperado do médico e as articulações sociais da Medicina.

Reconhecer características e articulações do conjunto de elementos que compõe a assistência ao doente pode contribuir para entendê-la como tecnologia de trabalho, identificando contradições e tornando relativo o mito da prestação de serviços na “forma-ciência”, tomada como preceito de escolha e de ação, que obscurece as dimensões sociais, psicológicas, biológicas, éticas e humanas da Medicina. Esperamos também ter trazido novos aportes para a análise de transformações em práticas sociais e inspirado o leitor a fazer perguntas para o passado visando ao futuro.

Referências bibliográficas

- ARQUIOLA, E., GARCÍA-GUERRA, D., MONTIEL, L. **La úlcera gastroduodenal**: historia de una enfermedad. Barcelona: Ediciones Doyma, 1987.
- AUTRET, M. Transfert de technologies du monde spatial vers le monde medical. **Ann. Chir.**, v.50, n.2, p.159-61, 1996.
- AYRES, J.R. Prefácio da edição brasileira. In: ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, Editora Unesp/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994, p.19-26.
- BRUYNE, P., HERMAN, J., SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 3.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CID, F. **Breve historia de las ciencias medicas**. 2.ed. Barcelona: ESPAXS S.A., 1985.
- DALMASO, A.S.W. **Estruturação e transformação da prática médica**: estudo de algumas características do modelo de trabalho médico na segunda metade do século XIX e início do século XX. São Paulo, 1991. 332p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- DALMASO, A.S.W. **Estruturação e transformação da prática médica**: técnica e ciência na segunda metade do século XX. São Paulo, 1998. 273p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- DAVIS, A.B. Historical studies of medical instruments. **Hist. Sci.**, v.16, p.107-33, 1978.
- DE CERTEAU, M. **A escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense, 1982.
- DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. p.11-94.
- DUSTAN, H.P. Hypertension revisited after 55 years: how it has changed! **Am. J. Med. Sci.**, v.309, n.2, p.69-70, 1997.
- ENTRALGO, P.L. **Historia de la medicina**. Barcelona: Salvat, 1978.
- FERNANDES, F. **Fundamentos empíricos da explicação sociológica**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- FROHLICH, E.D. The sixth report of the Joint National Committee, an appropriate celebration of the 25th anniversary of the National High Blood Pressure Education Program. **Hypertension**, v.30, p.1305-06, 1997.
- GRANGER, G.G. **A ciência e as ciências**. São Paulo: Editora Unesp, 1994.
- GRAVES, R.J. **Leçons de clinique médicale**. Paris: Delahaye, 1862.
- HART, J.T. **Hypertension**: community control of high blood pressure. 2.ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987.
- HICKEY, N., GRAHAM, I.M. **Hypertension**. London: Croom Helm, 1988.
- JACCOUD, S. **Leçons de clinique médicale faites a l'Hopital de la Charité**. 2.ed. Paris: Delahaye, 1869.
- KENEN, R.H. The at-risk health status and technology: a diagnostic invitation and the "gift" of knowing. **Soc. Sci. Med.**, v.42, n.11, p.1545-53, 1996.
- KNELLER, G.F. **A ciência como atividade humana**. Rio de Janeiro: Zahar/ São Paulo: EDUSP, 1980. cap.11, p.245-70. (Ciência e tecnologia).
- LOGAN, R.L., SCOTT, P.J. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. **Lancet**, v.347, p.595-8, 1996.
- LORAUX, N. Elogio do anacronismo. In: NOVAES, A.(Ed.) **Tempo e história**. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura/Companhia das Letras, 1992. p.57-70.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e história**. Raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características

- do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. 416p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **CAD. CEFOR**, n.1, 1992 (Cefor/ SMS. Série Textos).
- MOLINDER, H.K. Scandinavian views on the non-surgical treatment of peptic ulcers, 1940-1975: rationales for recommendations and results. **Scand. J. Gastroenterol.**, v.30, p.721-30, 1995.
- NOVAES, R.L. Sobre a técnica. **Hist., Ciênc., Saúde - Manguinhos**, v.3, n.1, p.24-49, 1996.
- ORTEGA Y GASSET. **Meditação da técnica**. Rio de Janeiro: Livro Íbero-americano Ltda, 1963 apud RIBEIRO, J.M. **Trabalho Médico**: ciência, arte e ação na conformação da técnica. Rio de Janeiro, 1995. p.127-40. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- REISER, S.J. **La medicina y el imperio de la tecnología**. Mexico: Biblioteca de la Salud, 1990.
- RIBEIRO, J.M. **Trabalho médico**: ciência, arte e ação na conformação da técnica. Rio de Janeiro, 1995. 590p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SACKETT, D.L.et al. **Evidence-based Medicine**: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
- SCHRAIBER, L.B. **Medicina liberal e incorporação de tecnologia**: as transformações históricas da autonomia profissional dos médicos em São Paulo. São Paulo, 1988. 391p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- SCHRAIBER, L.B. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec /Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- SCHRAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea**: novos desafios, outros dilemas. São Paulo, 1997. 209p. Tese (Livre-docência). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- VEYNE, P. **Como se escreve a história**. Lisboa: Edições 70, 1983.

DALMASO, A. S. W. Análisis de las transformaciones de la técnica en Medicina: reflexiones acerca de una propuesta metodológica, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.6, 2000.

Este texto trata de la conformación de la medicina contemporánea como práctica histórica y social, cuya técnica está siendo crecientemente penetrada, no sólo por el conocimiento, sino también por la racionalidad científica. El ángulo escogido para entender esta articulación fue el de las orientaciones para la buena práctica. A través de las informaciones obtenidas en ediciones y publicaciones de tratados médicos y revistas científicas consagradas, escritas en la segunda mitad del siglo XX, se delineó el modelo de transición de la práctica clínica en el período. La comparación entre épocas (años 50, 70 y 90) hizo posible el reconocimiento de un movimiento de procesos, con diversas tensiones en relación a las indicaciones para el buen desempeño del médico. En lo que se refiere a las orientaciones para la práctica de la medicina, fue constatada una variación técnica importante, caracterizada por los cambios en la experiencia clínica personal y por la producción relativamente diseminada de la investigación asociada a la atención médica, para la valorización de los procedimientos científicamente respaldados, sometidos a pruebas de eficacia y de resultados, y para la ampliación de los centros especializados en investigación. La clínica, técnica desarrollada en la cercanía del enfermo y del arte, trabajo operacional y singular, que aplica la ciencia en la atención médica individual, y está comprometida con la acción, ha sido y continua siendo progresivamente direccionada para la práctica de procedimientos más teóricos y científicos.

PALABRAS-CLAVE: historia de la medicina del siglo 20; tecnología médica; conocimientos; actitudes; prácticas; prácticas profesionales

Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas *

José Mendes Ribeiro¹
Nilson do Rosário Costa²
Pedro Luís Barros Silva³

RIBEIRO, J.M, COSTA, N.R., SILVA, P.L.B. Healthcare policies in Brazil and regulatory strategies in an environment of technological changes, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

This article examines regulatory policies currently in force, involving both the market for supplementary healthcare and the relations between the public administration, as well as the entities that provide services to SUS (the Unified Healthcare System). Discusses the specificities of the healthcare sector vis à vis those industries that are subject to new operating models, such as telecommunication, or the electrical and oil industries, and the trend toward more responsive and better adjusted regulatory policies as regards SUS and Supplementary Healthcare.

KEY-WORDS: healthcare policies; organizational innovation; organizational models; technological development; public administration; legislation.

O artigo discute as políticas regulatórias em curso que envolvem tanto o mercado expresso pelo setor de saúde suplementar como as relações entre a administração pública e os prestadores de serviço junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Aponta as especificidades do setor saúde frente às indústrias submetidas a novos regimes, como telecomunicações, setor elétrico e de petróleo, e a tendência a adoção de políticas reguladoras responsivas e mais pactuadas relacionadas ao SUS e à Saúde Suplementar.

PALAVRAS-CHAVE: política de saúde; inovação organizacional; modelos organizacionais; desenvolvimento tecnológico; administração pública; legislação.

*Artigo elaborado a partir da pesquisa Reforma do Estado e Setor Saúde, Relatório (Nepp/Unicamp; Ensp/Fiocruz; UfPe), financiada pela Capes/Finep/Cnpq e do relatório elaborado para a Cooperação Brasil-Reino Unido.

^{1,2} Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/Fiocruz.

³ Núcleo de Estudos em Políticas Públicas, Nepp, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.

Introdução

As políticas regulatórias praticadas no Brasil em diversos setores da economia e do aparelho estatal sofreram profundas alterações ao longo da década de noventa. O ritmo acelerado das transformações tecnológicas e o ambiente nacional e internacional de reforma do setor público alteraram o perfil básico da regulação no sentido de torná-la mais especializada e adaptada aos casos. Os códigos devem repercutir as inovações tecnológicas, reduzindo o alcance de normas duradouras, ao menos enquanto fundamento da boa regulação. Por sua vez, a reforma do aparelho do estado vem produzindo, pelo modelo de agências, uma combinação entre especialidade técnica e insulamento burocrático de seus dirigentes como meio de obter maior eficiência econômica, ganhos em *welfare* e controle da captura dos reguladores por indústrias e serviços.

Este artigo discute a introdução de novos regimes regulatórios federais e seu equilíbrio com as práticas tradicionais no setor saúde no Brasil em ambiente de reforma do aparelho de estado e de mudanças tecnológicas. São apontadas tendências e recomendações voltadas a combinar o universalismo normativo característico das instituições públicas com sua adequação ao rápido desenvolvimento tecnológico e diferenciação na produção de serviços.

A reforma do estado favorece os arranjos institucionais em que o estado nacional combine as funções de defesa territorial, garantia dos contratos, segurança pública e defesa da moeda, com sua especialização na formulação de políticas, no seu financiamento e regulação. Nesta configuração, as instituições públicas se afastam da provisão direta de bens e serviços, exceto para setores considerados estratégicos e não providos adequadamente em mercados (Brasil, 1995; Costa, 1999). Eventos recentes no setor saúde demonstram a implementação da agenda reformadora com a criação de novas agências regulatórias para a vigilância sanitária e saúde suplementar.

A regulação no setor saúde envolve estruturas tradicionais e inovações recentes. O foco da regulação e a agenda política setorial enfatizam as relações entre os níveis de governo municipal, estadual e federal; as relações entre governos e prestadores privados e semi-públicos contratados; e as relações entre governo e agentes no mercado. O grande volume de dispositivos, instituições e departamentos e agências governamentais envolvidos com atividades de controle, avaliação, fiscalização, normatização torna o quadro regulatório bastante difuso. Desta forma, características nacionais como a existência de empresas estatais de capital misto, de entes públicos, estatais e não-estatais, regulados por contratos de gestão e de transferências de recursos da união para estados e municípios segundo padrões de comprometimento e desempenho de instâncias sub-nacionais, ampliam o foco da regulação, comumente voltada aos diferentes mercados, para o âmbito da administração pública. Perante este quadro complexo, o artigo define o foco da regulação mediante dois fundamentos: a contratualização e a vinculação a políticas.

A existência de contratos ou regulamentos definindo relações entre entes estatais pode ser reconhecida nos organismos de controle governamental sobre empresas como Petrobrás, Furnas, Nuclebrás, entre outras. No setor

saúde, organismos colegiados, como a Comissão Intergestores Tripartite (formada por representantes dos executivos federal, estadual e municipal) regulam as transferências do SUS para entes subnacionais segundo compromissos estabelecidos pelas Normas Operacionais Básicas SUS 1993 e 1996. Por fim, a reforma do setor público em curso difundiu a contratualização entre entes públicos e originou contratos de gestão com agências executivas e organizações sociais. Desta forma, o âmbito da regulação se estende da auto-regulação e da regulação estatal sobre mercados, para a implementação de políticas voltadas à ampliação da qualidade e capacidade de instituições públicas.

O outro aspecto refere-se à própria articulação entre as diferentes atividades de controle sobre ações governamentais e de mercados. A regulação é tratada neste artigo como um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes no mercado. Neste sentido, não são estudados os diversos organismos e departamentos distribuídos pela burocracia pública com funções normativas desarticulados da agenda regulatória.

A administração pública brasileira foi estruturada como um mosaico de referências bem caracterizada como um modelo *sincretico*, em que coabitam padrões de clientelismo, corporativismo, insulamento burocrático e universalismo de procedimentos (Nunes, 1997). Esta configuração repercute na diversidade de atividades regulatórias. São observados diversos organismos que se confundem com a própria burocracia pública e apresentam caráter universalista e altamente normativo; são voltados ao controle de procedimentos e o conjunto de sua intervenção não assume as características dos modelos regulatórios orientados aos resultados. Apesar do caráter normativo e burocratizado, algumas das estruturas tradicionais, atualizadas ou não por legislação recente, influenciam a configuração final das funções regulatórias do estado. São exemplos os Tribunais de Contas de Estados (cujas decisões influenciam decisões do governo federal) e da União, o Sistema Nacional de Auditoria, o Ministério Público e as Secretarias de Controle Interno dos Ministérios. Estes organismos tomam decisões que afetam a formulação e implementação da política de saúde.

As relações entre níveis de governo, estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis 8.080 e 8.142, traduzem-se por um conjunto de portarias ministeriais, entre as quais se destaca a Norma Operacional Básica 01/1996, que consolida as comissões intergestores e o ranqueamento entre



estados e municípios como forma de orientar transferências e investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo da década de noventa, sob indução institucional combinada à ação de grupos ativos, foram também organizados conselhos multipartites (os conselhos de saúde) como entes voltados a compartilhar com o executivo funções de formulação e regulação na política de saúde. Associações civis, organizações não governamentais, grupos religiosos, clientelas organizadas, entre outros, convergiram para esses organismos, assim como entidades de defesa de direitos do consumidor. O mosaico descrito articula atividades regulatórias estatais com organismos societários e agentes atuantes em diferentes mercados.

Com relação à micro-regulação, dois itens se destacam e apresentam convergência com a experiência internacional. Um deles diz respeito a inovações implementadas no setor público, consolidadas na figura dos contratos de gestão, que definem compromissos de organizações e nos programas de qualidade, que definem incentivos pagos aos profissionais de saúde. Em ambas as situações, a regulação implica o desdobramento de processos de trabalho de profissionais ou de organizações em unidades mensuráveis de avaliação de desempenho.

O outro item, embora não desenvolvido neste artigo, diz respeito à micro-regulação praticada no setor privado pelas empresas que absorvem estratégias de controle de custos e estruturação da oferta observadas no *managed care* norte-americano.

Modelos regulatórios

A moderna reforma regulatória começou nos Estados Unidos nos anos setenta, atingindo setores como telecomunicações e linhas aéreas e expandiu-se por todo o mundo, incluindo os países do leste europeu e a antiga União Soviética. Na Grã-Bretanha, as indústrias dos anos oitenta representavam monopólios estatais. Ao longo da reforma regulatória, mercados foram liberalizados, indústrias reestruturadas e novos métodos e instituições reguladoras foram criadas. Muitas iniciativas reduziram controles burocráticos e intervenção estatal. A desregulamentação radical fez parte das estratégias orientadas ao mercado, exaltando seu potencial auto-regulador.

No entanto, as reformas sucessoras buscaram redirecionar as funções de estado rumo a maior especialização na sua atuação. O conjunto de leis e normas dispersas pelo conjunto das instituições públicas foi progressivamente realocado para agências regulatórias, enquanto muitas atividades foram efetivamente delegadas ao mercado ou a estruturas intermediárias, na forma de uma auto-regulação vigiada. De modo geral, as instituições públicas preservaram o monopólio coercitivo e as iniciativas políticas ao longo do processo reformador.

O modelo de regulação por agência tem sido difundido nas últimas décadas e as soluções britânicas de reforma de setores monopolísticos tornaram-se exemplares⁴.

Em que pesem tais inovações envolvendo reestruturação do aparelho de

⁴ A reforma regulatória na Grã-Bretanha enfatizou a competição e o controle tarifário por meio de agências, adaptando cada setor à regulação de preços empregado para a telefonia, denominado RPI - X. O modelo buscou eficiência alocativa e produtiva e controle sobre as diversas formas de captura pelos agentes econômicos. A firma submetida ao RPI - X deveria assegurar que uma média ponderada de aumento de preços em um ano não excedesse o aumento percentual no índice de preços (*Retail Prices Index*), decrescido de um fator X exógeno à firma entre os anos de revisão de preços (Armstrong et al., 1995)

estado, muitas iniciativas de auto-regulação foram implementadas, o que tem preservado a polaridade entre soluções orientadas ao estado e ao mercado. Igualmente, esquemas regulatórios intermediários buscam combinar tais orientações e criar soluções específicas para cada nação e ramo da indústria ou de serviços. Essas experiências situam-se como estratégias alternativas às soluções do tipo estatal universalista (sujeitas a problemas de captura e baixa flexibilidade) ou de desregulação, *laissez-faire* ou auto-regulação (sujeitas às imperfeições de mercado). Um conjunto amplo de soluções intermediárias emerge na experiência internacional e nacional recente e influenciam, em diferentes graus, as decisões em curso no caso brasileiro, e no setor saúde em especial.

De modo geral, os esquemas regulatórios mais atraentes combinam estratégias diferenciadas e individualizadas, que enfatizam a inclusão de grupos interessados no processo decisório, a indução a condutas responsáveis pelas empresas ou organizações semi-públicas e a maior especialização das agências estatais para focalizar a intervenção normativa *stricto sensu*.

Resumidamente, um mercado livre pode significar que a regulação privada organizada por cartéis impedirá a competição. Por outro lado, a regulação estatal indiscriminada pode ser facilmente contornada por realinhamentos de mercado. Evidências sugerem que uma boa política regulatória combina necessariamente aspectos da regulação estatal com a auto-regulação. A regulação é responsiva ao mercado na medida em que diferentes estruturas conduzam a graus e formas diferenciadas de regulação, envolvendo a delegação consciente de certas funções regulatórias (Ayres & Braithwaite, 1992).

A estratégia das agências regulatórias deve considerar especificidades das empresas e dos ramos industriais e de serviços e promover um escalonamento do grau de intervenção estatal direta mediante punições. Uma estratégia baseada exclusivamente na persuasão ou na auto-regulação será explorada por agentes puramente orientados pela racionalidade econômica; uma estratégia baseada principalmente na punição enfraquece a iniciativa inovadora de agentes socialmente responsáveis.

O modelo engenhoso e empiricamente testado de Ayres & Braithwaite (1992) focaliza estes dois aspectos interligados: o escalonamento e a delegação. A implementação de graus variados de intervenção estatal configura uma pirâmide com uma base ampla centrada na persuasão (onde ocorre a maior parte dos eventos) e à medida que agentes exploram a delegação estatal (por captura, descumprimento de regras ou acordos), o regulador sobe na escala punitiva, desde advertências escritas, passando por penalidades civis, criminais, suspensão de licenciamento até sua própria cassação, no ápice onde ocorrem a minoria dos eventos. A política implica explicitar aos agentes a capacidade e a intenção do regulador em escalonar sua intervenção. Quanto ao grau de autonomia conferido aos mercados, a base da pirâmide envolve a auto-regulação e a escala cresce em intervenção estatal (por camadas e número cada vez menor de casos) desde a auto-regulação controlada, regulação central com punições adaptadas ao caso e, por fim, a regulação central com aplicação de normas universais e penalidades fixas pelo regulador.



Com relação à delegação, Ayres & Braithwaite (1992) apresentam uma estrutura organizacional capaz de implementar a noção de regulação responsável. A principal estratégia é o tripartismo e visa fortalecer a cooperação no jogo regulatório e inibir a captura e a corrupção. O tripartismo ou multipartismo implica delegar funções (*empowering*) a grupos de interesses públicos. São designados três pressupostos para assegurar eficiência à participação desses grupos: a) todos os seus membros devem ter acesso às mesmas informações disponíveis ao regulador; b) os grupos devem ter assento à mesa de negociações entre a empresa e a agência regulatória; c) os grupos têm o mesmo poder de denúncia que o regulador.

Os problemas decorrentes da incorporação dos grupos públicos são contornáveis na implementação da política. A captura dos grupos pela empresa ou regulador é dificultada pela escala, na medida em que os grupos são competitivos entre si e não detêm monopólio de representação. O hiperativismo é parcialmente superado pela competição entre grupos e disseminação de informações aos liderados, embora problemas persistam com relação às associações que perdem adeptos por adotarem políticas cooperativas com governos e empresas.

Uma outra forma de delegação na política regulatória é a auto-regulação controlada, em que a negociação ocorre entre cada empresa e o estado em particular e a empresa é chamada a elaborar seu código de condutas para evitar que o estado proponha padrões exagerados ou tecnologicamente defasados. A vantagem refere-se aos casos de alta especialização das atividades das empresas. O código escrito deve estar adequado às estratégias do estado e uma vez rompido, o regulador sobe na escala punitiva estatal.

Outro modelo delegativo é o da intervenção parcial no ramo industrial, em que o estado regula apenas parte da indústria, esperando que as demais empresas do ramo acompanhem o padrão estabelecido. O foco pode estar na empresa principal, para gerar um padrão de conduta dominante, ou nas mais fracas, para melhorar seu desempenho.

No caso do setor saúde no Brasil, o modelo acima se aplica com variações de tripartismo e de intervenção estatal escalonada segundo o setor (pirâmide de intervenção), embora inovações como a regulação parcial de empresas por ramo industrial (medicamentos, equipamentos médicos) ou auto-regulação controlada possam gerar cooperação e redução de custos de transação na política regulatória. O pressuposto básico do modelo está nas vantagens das condutas cooperativas, fundadas nas orientações sociotrópicas dos agentes, sobre as maximizadoras, fundadas na racionalidade econômica.

A Reforma do Estado no Brasil e as novas agências regulatórias

O curso da reforma do Estado no Brasil decorreu não apenas da interação com a agenda internacional, mas de fatores internos associados à crise fiscal. Como em diversos países, a reforma seguiu-se aos ajustes macroeconômicos, combinada à expectativa de ganhos de eficiência nas empresas públicas e de maior responsabilização nas relações entre governo e sociedade.

De modo geral, a reforma decorre da crise do estado desenvolvimentista, do controle direto sobre a indústria e os serviços, e da falência do modelo organizacional da burocracia pública orientada pelos procedimentos. A reforma aponta para privatização de empresas públicas, estímulo à competitividade em setores monopolizados e, em termos de organização institucional, o estado busca reorientar sua estrutura no sentido de ampliar sua capacidade gerencial, desenvolver estruturas regulatórias e aumentar o grau de responsabilização. As mudanças propostas levam à redefinição da burocracia estatal, passando de um perfil organizacional para uma burocracia profissional assemelhada à norte-americana, nos moldes definidos por Silberman (1993).

O redesenho das funções de estado e sua profissionalização influem nas políticas regulatórias, especialmente pela criação de agências.

A reforma é também difundida por agências internacionais que modulam suas soluções de acordo com os resultados obtidos em experiências modelares. O enfraquecimento de soluções centradas na redução absoluta do aparelho de estado levou à reorientação das proposições de agências influentes para estratégias de ampliação da capacidade institucional de interação do estado com mercados e de maior transparência nas decisões, enfatizando fatores como confiança e pactuação na relação entre agentes públicos e privados (Banco Mundial, 1997).

O Brasil interagiu mais diretamente com esta agenda após 1994, com o governo de Fernando Henrique Cardoso, e o desenho institucional foi expresso no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Brasil, 1995), do qual o fator dominante na implementação foram as privatizações de empresas estatais.

No debate interno fortaleceram-se idéias que associam o controle estatal direto de setores da economia com ineficiência; baixos investimentos em setores estratégicos (energético, siderúrgico, telefonia); e efeitos fiscais perversos. As empresas estatais e a burocracia pública foram consideradas capturadas pelos funcionários e os benefícios sociais da ação governamental como voltados ao incremento de *welfare* do pessoal interno.

A burocracia pública foi submetida a proposições de maior contratualização, mas a baixa confiança transmitida pelo governo federal aos agentes potenciais da mudança e a subordinação das reformas a objetivos



fiscais ampliou a percepção de riscos de enfraquecimento definitivo da capacidade de estado. A convergência de padrões de burocracia organizacional e profissional exige abordagens mais complexas pelas próprias peculiaridades da formação do estado no Brasil.

A administração pública brasileira apresenta um modelo de sincretismo resultante de distintos padrões de trocas, resumidos por Nunes (1997) no clientelismo, no universalismo de procedimentos, no insulamento burocrático e no corporativismo. A reforma e os regimes regulatórios emergentes devem considerar as especificidades desta formação sincrética.

O Plano Diretor (Brasil, 1995) estabeleceu um desenho institucional coerente com processos em curso desde o início dos anos noventa, especialmente com o Programa Nacional de Desestatização, de 1991, e as próprias privatizações de empresas estatais da década de oitenta. Pelo desenho proposto, o Aparelho de Estado apresenta quatro setores diferenciados: a) o núcleo estratégico representa o governo propriamente dito e compreende os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; b) as atividades exclusivas do estado, não delegáveis, envolvem regulação, segurança e arrecadação de impostos; c) os serviços não exclusivos, nas quais o estado pode atuar em cooperação com organizações públicas não-estatais voltadas à promoção de justiça social ou preservação de atividades essenciais não providas adequadamente pelo mercado; e d) produção de bens e serviços para o mercado, representando basicamente monopólios estatais submetidos a programas de privatização. As funções regulatórias se diferenciam quanto ao foco e às estruturas organizacionais de acordo com o setor abordado e sua posição no aparelho de estado.

A reforma no plano institucional implica em redefinir as formas de propriedade e a própria natureza jurídica das organizações públicas, o que traz conseqüências para as políticas regulatórias. Adota-se, além da propriedade estatal e privada, o conceito de propriedade pública não estatal materializada em organizações que não possuem proprietários e são orientadas ao interesse público. Tanto nas agências executivas (voltadas ao desempenho de atividades exclusivas e não delegáveis), como nas organizações sociais (para desenvolver atividades essenciais em cooperação com o Estado), as relações devem ser estabelecidas por contrato de gestão.

A privatização das empresas estatais tem sido o componente da reforma de implementação mais acelerada. Por outro lado, a reforma do serviço civil tem sido postergada e as decisões governamentais nesta área têm sido subordinadas ao ajuste macro-econômico e à redução dos gastos públicos.

O modelo regulatório utilizado no Brasil segue a experiência internacional de intervenção governamental sobre os monopólios naturais e de busca de eficiência alocativa e controle tarifário. No quadro a seguir, composto a partir da análise dos elementos principais da extensa legislação setorial, apresentamos as características das agências regulatórias criadas nos últimos anos nos setores elétrico, energético e de telecomunicações. Este modelo foi reproduzido na recente criação da Agência Nacional de Vigilância à Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculadas ao Ministério da Saúde. Segundo o Plano Diretor, estas agências configuram atividades essenciais e exclusivas de Estado.

Comparativo da legislação regulatória, 1996-99, Brasil.

Lei	Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)	Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)	Agência Nacional de Petróleo (ANP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS)
	lei 9.427, de 26 de dezembro de 1996	lei 9.472, de 16 de julho de 1997	lei 9.478, de 06 de agosto de 1997	lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999
Regime *	autarquia sob regime especial	autarquia sob regime especial	autarquia sob regime especial	autarquia sob regime especial
Objetivos	regular e fiscalizar o setor de energia elétrica, conforme políticas e diretrizes do governo federal	regular o setor e implementar políticas nos termos da Lei Geral de Telecomunicações	regular, contratar e fiscalizar as atividades econômicas no setor e implementar a política nacional de petróleo	controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária
Diretoria	diretor-geral e quatro diretores, sendo um na função de ouvidor	conselho diretor com cinco membros e um ouvidor, cujo mandato é de 2 anos, permitida uma recondução	diretor-geral e quatro diretores	diretoria de até 5 membros, com um diretor-presidente, um ouvidor, um corregedor e um procurador
Grau de insulamento	proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor; mandatos não coincidentes de 4 anos; exoneração imotivada de diretor só é permitida nos quatro meses iniciais do mandato; quarentena de 12 meses	mandato de 5 anos, vedada a recondução; proibida exoneração imotivada; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor e de exercício profissional, salvo como professor universitário; quarentena de 12 meses	proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor nos 12 meses anteriores; mandato de 4 anos, não coincidentes, permitida a recondução; quarentena de 12 meses	mandato de 3 anos, admitida recondução; exoneração imotivada apenas nos 4 meses iniciais; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor, salvo atividades em entidades públicas de ensino e pesquisa; quarentena de 12 meses
Nomeação	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal
Contrato de Gestão	sim	não	não	sim
Receitas	OGU; taxas de fiscalização e outras; rendimentos de operações financeiras; recursos de convênios e contratos celebrados; doações e similares; venda ou aluguel de imóveis e móveis	receitas do FISTEL; OGU; rendimentos de operações financeiras; multas e indenizações, convênios, acordos e contratos; doações e similares; prestação de serviços técnicos	OGU; participações por implementação da legislação; convênios, acordos ou contratos; doações e similares; taxas e multas; vendas ou locação de imóveis	OGU; taxa de fiscalização sanitária; retribuição por serviços prestados; multas e dívidas; convênios, contratos ou acordos; doações e similares; rendas de bens móveis e imóveis

* A autarquia sob regime especial, parte da administração pública indireta, é caracterizada por independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes, autonomia financeira e ausência e subordinação hierárquica.

FONTE: Leis Federais

A legislação regulatória converge em setores bem diferenciados. Primeiramente sua elaboração é recente, cobrindo o período de dezembro de 1996 a janeiro de 1999. Um aspecto relevante está na adoção do modelo autárquico especial, e a autonomia daí decorrente, repercutindo no grau de insulamento dos diretores nomeados. Embora a duração dos mandatos varie, assim como a possibilidade de recondução, existem cláusulas de estabilidade nas funções, assim como regulamentos voltados a isolar as relações entre os diretores e agentes econômicos e atores políticos no setor. Este grau de insulamento mostra-se marcante quando cotejado com as funções bastante amplas desempenhadas por essas agências. Pelo caráter recente deste ordenamento, não existem estudos sobre o seu desempenho, nem sobre a implementação do contrato de gestão estabelecido para a ANEEL e ANVS. De modo geral, as agências possuem competências bastante amplas para intervir sobre mercado, fixar parâmetros, fiscalizar o comportamento dos agentes e estabelecer normas para maior

competitividade nos setores em que a privatização foi mais acelerada, como nas telecomunicações e energia elétrica.

O caso brasileiro segue, no entanto, outros países ao priorizar a busca por recursos para investimentos em infraestrutura; isolar as empresas estatais do Tesouro Nacional; e arrecadar recursos volumosos para as contas governamentais. A eficiência econômica decorrente da mudança do controle acionário é esperada em função da orientação ao mercado das decisões internas das empresas. Embora a literatura aponte para casos em que estas expectativas não podem ser comprovadas, de modo geral a maior parte dos estudos realizados revelam ganhos de eficiência nas empresas desestatizadas. Por outro lado, embora reconhecidos, são menos evidentes os ganhos sociais advindos desses processos.

No Brasil são poucos os estudos empíricos avaliando a eficiência econômica e o incremento de *welfare* decorrente das privatizações, havendo maior dependência de dados obtidos por meio de relatórios de agências oficiais condutoras da privatização, como o BNDES, ou de consultorias econômico-financeiras. Segundo Pinheiro (1996), as privatizações da década de oitenta e do período 1991-94 promoveram ganhos em eficiência econômica, mas não se desconsidera a possibilidade das mudanças nas empresas se deverem a medidas paralelas de liberalização e desregulamentação. Além disso, assinala que os efeitos sociais da privatização não são bem medidos: de um lado a gerência privada tende a aumentar a eficiência empresarial e de outro, esta motivação pode levar a maior exploração dos consumidores, trabalhadores e meio ambiente.

Com relação à crise fiscal como fator motivante das privatizações, em 1995 a estimativa de necessidades de investimento governamental em infraestrutura era da ordem de US\$ 14,3 a 17,9 bilhões ao ano e a disponibilidade orçamentária foi de US\$ 7,3 bilhões. Firmou-se a convicção de que somente o setor privado poderia levantar tais recursos. A motivação fiscal foi fator relevante para definição da estratégia de privatização no setor elétrico, o qual envolveu mais diretamente também os governos estaduais⁵. O processo em curso deverá refletir um balanço entre as falhas de mercado (tendência a concentração econômica) e as falhas de regulação⁶.

Os resultados gerais das privatizações em setores monopolísticos permitem dimensionar o impacto econômico provocado e a relevância da estrutura e dos mecanismos regulatórios em maturação. O Tesouro Nacional arrecadou com privatizações no Programa Nacional de Desestatização no período de 1991-97, o montante de US\$ 18 bilhões, havendo transferência de dívidas das empresas na ordem de US\$ 8,2 bilhões (Almeida, 1998).

Dimensões dos sistemas público e privado de saúde no Brasil

No caso brasileiro é marcante a interação entre os setores público e privado na conformação da atenção à saúde. No sistema público (Sistema Único de Saúde - SUS), uma parcela significativa de serviços são comprados

⁵ O modelo adotado foi centrado em criar concorrência entre as empresas privadas na geração e distribuição de eletricidade, ao passo que as linhas de transmissão permaneceriam no setor público. As privatizações ocorreram em ambiente amigável ao investidor em razão das necessidades fiscais dos governos, que se refletiu no saneamento das empresas para a privatização e alinhamento tarifário (Baer & Macdonald, 1997).

⁶ No antigo ambiente de regulação, os preços da eletricidade eram uniformes em todo o âmbito nacional e o governo garantia um retorno sobre os ativos de 10% a 12% ao ano. As empresas (todas públicas, naturalmente) que registrassem mais de 12% tinham de transferir o excesso de lucros para aquelas incapazes de auferir um retorno de pelo menos 10%. Pela nova lei de regulação, todas as empresas são responsáveis por estabelecer suas próprias tarifas (com base em sua estrutura de custos), as quais então têm de ser aprovadas pela ANEEL (Baer & Macdonald, 1997, p.32).

junto a hospitais e clínicas privadas. Com relação ao setor privado, existe uma forte expansão de planos e seguros de saúde que envolvem subsídios indiretos.

A articulação entre os sistemas diversifica a política regulatória, que focaliza três itens principais: a) relacionados ao foco da regulação - sistema público (sobre transferências entre governos e compra de serviços aos prestadores privados) ou sistema privado (sobre regulação do mercado, como nos planos de saúde); b) relacionados ao desenho organizacional - agências regulatórias especializadas, controle burocrático universal (tribunal de contas, ministério público, sistema nacional de auditoria) ou por conselhos multipartites; c) relacionados ao instrumento - contratos de gestão, programas de incentivos, guias de decisão médica.

As políticas regulatórias objetivam o controle sobre os dois sistemas e suas conexões. Grosso modo, a clientela divide-se em cerca de 41 milhões de usuários do setor privado e de 118 milhões usuários potenciais do SUS. Esta separação é meramente descritiva, na medida em que o SUS provê acesso universal e os beneficiários de planos e seguros de saúde recorrem, conforme o caso, às suas unidades. Os serviços contratados ao SUS, por sua vez, podem estabelecer relações contratuais com as empresas operadoras de planos e seguros de saúde.

As relações contratuais entre estes agentes, deles com governos e entre as diferentes esferas de governo são diversificadas, mas podem ser resumidas nas seguintes situações:

- entre o governo federal e estados e municípios, afora convênios e acordos caso a caso, as transferências e os compromissos são regulamentados pela legislação do SUS, atualizados e detalhados por normas operacionais e portarias; as principais são a Norma Operacional Básica SUS/1996 e a Instrução Normativa 01/1998 do Ministério da Saúde;

- entre os governos e prestadores as relações são também definidas nos termos da NOB 96 e da IN 98, entre os muitos regulamentos, seguindo padrões de credenciamento sem exclusividade ao SUS;

- entre os agentes privados e os consumidores a relação é contratual, porém a diversificação de condições contratuais foi reduzida após a recente regulação instituída pela Lei 9.656;

- entre os agentes privados e os profissionais contratados ou conveniados as relações são muito diferenciadas, mas os pagamentos envolvem de modo geral o cumprimento de tabelas e órgãos de representação dos médicos que interagem com as empresas e cooperativas no sentido de unificar valores por procedimentos.

As relações entre níveis de governo e destes com os prestadores privados são reguladas pelos parâmetros da NOB 96 e portarias vinculadas, assim como os pagamentos e transferências decorrem da aplicação de tabelas e são consolidadas em sistemas públicos de informação, como o SIA-SUS, SIH-SUS e diversas outras bases de dados nacionais. O sistema nacional de auditoria, estruturado por nível de governo, realiza a regulação tradicional das contas e produção de serviços e os conselhos de saúde desenvolvem os componentes políticos da regulação.

O dinamismo do sistema privado deve-se basicamente à medicina

suplementar. A regulação estatal será discutida adiante em função da legislação recente. A micro-regulação implementada deve-se basicamente à aplicação pelas empresas de técnicas de *managed care*. Como pano de fundo para estas transformações está o impacto de custos de atenção e sua repercussão para os consumidores e para os próprios custos internos às empresas e cooperativas, entre outras modalidades⁷.

No Brasil os preços dos serviços de saúde subiram 110% desde agosto de 1994 (após o Plano Real) até agosto de 1997, para apenas 63% de aumento do Índice de Preços ao Consumidor, IPC, medido pela FGV (crescimento real de 28,8%).

Entre 1987 e 1992 o número de usuários da medicina supletiva cresceu a uma taxa média anual de 7,4% e a distribuição deste crescimento conforme setores é mostrada abaixo, onde se observa o dinamismo dos seguros-saúde.

Participação percentual no crescimento setorial, 1987-1992, por modalidade, Brasil.

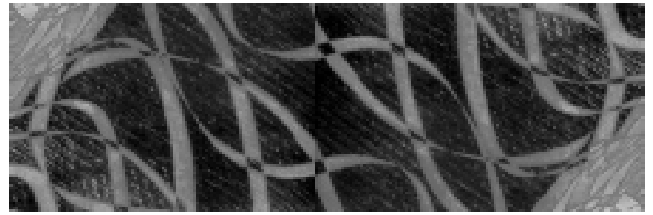
Seguro-saúde	26%
Cooperativas médicas	18%
Autogestão e planos administrados	07%
Medicina de grupo	2,9%

FONTE: Conjuntura Econômica, maio/1998

⁷ Nos Estados Unidos, as tecnologias de *managed care* mostraram-se capazes, de início, de controlar custos médicos e hospitalares, embora os resultados quanto à preservação ou aprimoramento da qualidade dos serviços sejam menos evidentes (Robinson & Steiner, 1998).

Segundo dados publicados na revista *Conjuntura Econômica*, o setor que mais cresceu, o dos seguros-saúde, apresentou uma concentração para 1997 em três grandes empresas segundo prêmios auferidos, conforme dados de Demonstrações Contábeis Publicadas/FIP: Sul América (34,21%); Bradesco (26,60%); e Golden Cross (13,39%). A cobertura aumentou 6,4% entre 1992 (32 milhões de pessoas) e 1997 (41 milhões de pessoas). Em 1997 os planos coletivos respondiam por 75% da cobertura; com preço médio anual per capita de R\$ 462,5 e custo de R\$ 367,50, gerando 137 mil empregos diretos e 240 mil indiretos. O setor, que se expandiu com a medicina de grupo nos anos sessenta, cobra preços médios anuais de R\$ 306,00 e apresenta os menores custos médicos anuais per capita do setor (R\$ 229,50). As seguradoras que surgiram mais tardiamente trabalharam com cálculos atuariais e reservas técnicas, tratando a doença como sinistro e o preço médio anual dos planos de seguros para 1997 foi de R\$ 755,00 para um custo médio de R\$ 566,00. Segundo estas fontes, em dezembro de 1996 os 41.300.000 de beneficiários/segurados em planos e seguros de saúde estavam distribuídos, sendo 10.530.000 (25,5%) em planos individuais e 30.770.000 em planos coletivos (74,5%).

Em comparação com o sistema SUS para 1997, que disponibilizou para 118,7 milhões o total de 6.992 hospitais (566 mil leitos e 70 mil médicos), o sistema privado apresentou vantagens no plano da oferta de serviços ao atender a 41 milhões de pessoas (34% do SUS) ofertando 4.300 hospitais (62% do SUS), 372 mil leitos (66%) e 120 mil médicos (171%). Estes dados devem ser, entretanto, correlacionados com sua distribuição regional, na medida em que tende a acompanhar a oferta de serviços em centros urbanos mais desenvolvidos, ao passo que o SUS possui uma distribuição bem mais



equitativa; fatores de custo e escala para desenvolver estruturas não disponíveis em regiões menos desenvolvidas tendem a diminuir a relação de médicos e leitos por segurado.

Com relação ao sistema público, a participação dos gastos nos três níveis de governo foi de 3,4% do PIB em 1989; 2,3% do PIB em 1993; voltando a subir para 3,5% do PIB em 1997. Observado isoladamente, o gasto do governo federal com Saúde sofreu uma queda, indo de 2,7% do PIB, ao final da década de oitenta, para 2,3% do PIB em 1997, mesmo com a receita da CPMF. Segundo o IPEA, o Gasto Social Federal com Saúde no Brasil, em 1996, em relação ao gasto federal total (fiscal e seguridade social), foi de 4,1%.

A transferência de recursos federais destinados à assistência à saúde para estados e municípios define a dimensão do esforço regulatório. Para 1998, segundo cálculos efetuados a partir de dados do Datasus, 62,19 % dos recursos destinados ao pagamento da produção ambulatorial e hospitalar foram destinados aos governos estaduais para remuneração de sua rede própria ou transferência aos seus municípios não dotados de autonomia plena. Os restantes 37,81 % foram remetidos diretamente aos municípios então habilitados em gestão plena do sistema nos termos da NOB 96.

O esforço regulatório do conjunto do sistema SUS pode ser avaliado também pela dimensão das transferências a prestadores privados. Ainda segundo estes cálculos, 46,52% dos recursos foram destinados a pagar despesas com hospitais e ambulatórios privados (com ou sem fins lucrativos) contratados ao SUS. Na realidade este percentual é maior em função da parcela de serviços universitários não estatais remunerados pelo sistema.

Os dados são resumidos no quadro abaixo e mostram a dimensão dos modelos regulatórios que envolvem tanto relações entre governos, como as estabelecidas com os diferentes mercados. A diversidade de controles, normas e organismos envolvidos, distribuídos por níveis de governo e organismos reguladores comuns, permite descrever para o sistema público um quadro regulatório em que cohabitam principalmente os modelos estatal normativo e tripartismo, como discutido mais adiante.

Transferências de recursos federais segundo gestão e tipo de prestador, SUS, em reais correntes, 1998

Gestão	Estadual	Municipal		Total
	4.897.626.371,88	2.977.904.950,11		7.875.531.321,99
	62,19%	37,81%		100%
Prestador	Público	Privado	Universitário	Total
	2.710.124.483,66	3.663.334.651,84	1.502.072.186,49	7.875.531.321,99
	34,41%	46,52%	19,07%	100%

FONTE: Datasus/MS

Os números apresentados pelo sistema público são bastante significativos, especialmente se levarmos em conta que a oferta é bastante diversificada e envolve itens de alto custo e alta complexidade, como transplante de órgãos, quimioterapia, hemodiálise, cirurgia cardiovascular, entre outros. A compra de serviços privados, ambulatoriais e hospitalares, é significativa, tornando a regulação sobre desembolsos e qualidade dos serviços item altamente relevante no cotidiano de ministros e secretários de saúde.

A regulação dos planos e seguros de saúde no Brasil: universalismo normativo e tripartismo

O crescimento da atenção supletiva no Brasil exacerbou a assimetria entre as empresas que atuam no setor e os consumidores, especialmente quanto a regras de acesso, garantias, percepção de direitos e transferência de custos. Modalidades minoritárias, como nos planos de autogestão, voltadas para clientela organizada, mais comuns entre funcionários públicos e empregados de empresas estatais, mostram condições mais favoráveis de barganha dos associados com as operadoras. Por outro lado, os empregadores de modo geral possuem menor domínio de informações e experiência em negociar diretamente com as operadoras que vendem planos coletivos. Os consumidores individuais, por sua vez, tradicionalmente dispõem de menores recursos de ação coletiva para assegurar melhores preços e serviços. A percepção de assimetria na relação dos agentes econômicos entre si e com consumidores gerou pressão política e intervenção do governo federal, no sentido de regular o setor em termos nacionais.

Pela complexidade do setor, as estratégias regulatórias implementadas e em formulação seguem as características básicas do modelo proposto por Ayres e Braithwaite (1992). O *universalismo normativo* guarda consonância com as atribuições da recém-criada Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde, na qual a aplicação de multas e o acompanhamento da produção industrial e de serviços ocupa o centro da atuação. O *tripartismo* manifesta-se nos organismos colegiados com funções regulatórias, que incorporam representantes de empresas, profissionais de saúde e usuários, como a câmara de saúde suplementar. A formação de agência regulatória segue a tendência reformadora em curso no país. O *escalonamento da intervenção estatal* e a *seletividade na atividade regulatória* dependem de interações repetidas e prolongadas entre governo, grupos públicos e empresas em um novo ambiente regulador.

A nova legislação federal⁸ para o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil concentrou-se em dois pontos básicos: padronizar parte dos serviços oferecidos e montar um sistema regulatório eficiente. Medidas adicionais, como o controle da seleção de risco praticado por diversas operadoras e a exigência de garantias financeiras, seguindo padrões da SUSEP, na comercialização dos planos buscam melhorar a posição dos consumidores no mercado.

Em linhas gerais, a nova legislação: abre o setor a grupos estrangeiros; cria um pacote mínimo de assistência à saúde; controla a seleção de risco

⁸ A Lei que dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde é a de nº 9.656 de 3 de junho de 1998, alterada por dezenas de sucessivas Medidas Provisórias. Após sua publicação, o conflito de interesses no setor envolvendo representantes governamentais, das diversas organizações privadas e de entidades médicas, resultou em sucessivos adiamentos no prazo de execução da lei e a revisão de alguns itens.

pelas operadoras; define garantias securitárias aos associados; cria organismos colegiados como a Câmara de Saúde Suplementar com representantes governamentais, do Conselho Nacional de Saúde, do CONASEMS, do CONASS, de entidades de defesa de consumidores, de clientelas organizadas, de entidades representantes das empresas que atuam no setor e de representantes dos médicos e odontólogos; define o ressarcimento pelas operadoras de serviços prestados a seus consumidores em unidades do SUS.

A disputa sobre as regras de atuação e configuração regulatória final mostra forte resistência da parte dos ofertantes de planos e seguros de saúde. A Confederação Nacional de Saúde, que representa a medicina de grupo, e a Confederação Nacional do Comércio, representante das seguradoras, arguíram no Superior Tribunal Federal duas ações de inconstitucionalidade sobre a Lei 9.656.

Por sua vez, o governo federal optou por concentrar a atividade regulatória sobre o setor pela criação recente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos moldes das demais agências.

O controle de custos e a impossibilidade de plena transferência aos consumidores em função da ação de órgãos governamentais (CADE federal, PROCON estaduais) e da competição em mercado, levam as empresas a buscar mecanismos internos de controle do trabalho médico e encontram forte oposição de entidades médicas à propalada “invasão do *managed care* norte-americano”. O Conselho Federal de Medicina (CFM), representado na Câmara de Saúde Suplementar, desenvolve forte atividade no sentido de maior controle governamental sobre o sistema e resistência a perdas dos médicos no ajuste financeiro das empresas. Os limites entre a defesa do predomínio do sistema público combinado à resistência com relação a possíveis perdas de médicos contratados ou conveniados a operadoras ou cooperativas leva o próprio CFM a ter reservas com relação ao ressarcimento ao SUS pelo atendimento de segurados em sua rede, como previsto pela Lei 9.656.

A intensa atividade de grupos de interesses médicos, de clientelas organizadas e de operadoras de planos e seguros torna complexo o jogo regulatório. Com relação ao setor privado, diversas associações são ativas na esfera política e a defesa de interesses compõe um mosaico em função da própria clientela atendida. A competição no mercado em função dos produtos oferecidos se reproduz no plano político e a distribuição de perdas é desigual. O perfil da atividade política está diretamente ligado ao segmento representado e à percepção de perdas frente à nova legislação.

A regulação das relações entre esferas de governo

De modo geral, as relações entre esferas de governo não costumam ser tratadas como item da economia da regulação. No entanto, as relações peculiares entre os níveis de governo no âmbito do SUS no Brasil e os diversos organismos pluripartites que regulam as transferências e atribuições permitem que se observem políticas reguladoras que permeiam o processo de descentralização da política de Saúde. As relações do governo

federal com os governos estaduais e municipais e entre o SUS e os prestadores privados são reguladas por diferentes organismos e departamentos, porém três instâncias regulatórias apresentam-se como as mais relevantes e demonstram modelos diferenciados de controle dos serviços e ação do sistema público: o Sistema Nacional de Auditoria, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi instituído pela Lei 8.689 de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo decreto 1.651 de 28 de setembro de 1995. O processo de montagem do sistema foi conflituoso, pois gestores municipais contestaram uma possível perda de autonomia em suas atribuições. O sistema atua em nível federal, estadual e municipal. Tem autoridade pública e audita o sistema quanto aos repasses: do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde nos termos do decreto 1.232/94; por serviços produzidos na forma de pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados contra apresentação de faturas referentes aos serviços realizados e mediante prévia autorização do gestor; de programas federais de assistência social.

O SNA procura associar as funções típicas de auditoria com avaliação da qualidade de gestão, mediante acompanhamento dos seguintes indicadores: taxa de internações desnecessárias; taxa de desperdícios financeiros na Unidade Prestadora de Serviço (UPS); índice de custos em serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT); índice de ações e programas preventivos realizados; fluxo de informações no SIA e SIH-SUS.

O modelo regulatório tem caráter universalista e burocrático, embora o escalonamento nas punições vise aprimorar a qualidade dos serviços. Esta é auferida pelo adequado cumprimento de normas e bom desempenho nos indicadores citados. A vulnerabilidade à captura decorre da relação direta entre auditor e empresa ou gestor. O controle sobre a captura do regulador é efetuado pela disseminação de informações, na medida em que o SUS possui alta visibilidade dos dados de produção de serviços e de pagamentos efetuados e os gestores também estabelecem relações diretas com os prestadores.

As comissões intergestores são colegiados criados pela Norma Operacional Básica SUS-1993 e mantidas por portarias ministeriais posteriores. São órgãos colegiados compostos por gestores municipais e estaduais, nas bipartites regionais e estaduais, e por representantes do Ministério da Saúde e dos conselhos nacionais de secretários municipais e estaduais de saúde na tripartite, de caráter nacional. Existem em todos os estados e no nível federal. São organismos políticos de caráter paritário, o que induz à pactuação de interesses. A captura ou a obstrução acompanha a formação de coalizões político-partidárias ou de caráter setorial. O foco de sua intervenção está na gestão dos recursos do SUS e suas atribuições competem com a do SNA. O procedimento é menos normativo, em termos comparados, e as decisões tendem a se adaptar aos casos. A regulação resulta basicamente da competição entre os gestores pelos recursos públicos disponíveis e da aplicação de parâmetros nacionais de repartição de recursos orçamentários.



Os conselhos de saúde previstos pela Constituição de 1988 e regulamentados pela Lei 8.142 de 1990 são compostos por representantes governamentais, de profissionais de saúde e de entidades comunitárias. Constituídos ao longo da década de noventa, o escopo de sua intervenção dá-se por nível de governo. Assim, existe o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais. Segundo a regulamentação em vigor, possuem caráter deliberativo para questões ligadas ao setor saúde e relacionadas a cada executivo governamental. A dinâmica desses conselhos é bastante associada à agenda política local e seu papel na regulação é bastante variável. Nos locais, onde o organismo funciona como um efetivo colegiado político, o papel regulatório envolve desde o estabelecimento de normas e prioridades para a política de saúde, mediante conferências anuais e o estabelecimento de um plano de intervenção, até funções de ouvidoria pública e fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelo sistema público. Os conselhos de saúde estão consolidados no país e seu funcionamento é um dos requisitos para o acesso a recursos da união para estados e municípios. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é o mais antigo, e sua fundação precede a legislação setorial recente e os conselhos estaduais estão implantados em todas as unidades federadas. Quanto aos municípios, o número preciso não está disponível, porém pode-se afirmar que estão implantados em pelo menos 5.274 dos 5.506 municípios brasileiros, correspondendo àqueles habilitados pela Norma Operacional Básica - 1996, que regula as transferências de recursos do SUS, segundo dados do Ministério da Saúde para julho de 1997.

Com relação à configuração regulatória atual do setor saúde, o CNS possui caráter especialmente relevante. A lei 8.142, de 1990, estabeleceu que os conselhos e as conferências de saúde deveriam se constituir como organismos de convergência dos interesses diversos estruturados por governos, profissionais e usuários e desenvolver funções de formulação de políticas e regulação em sentido amplo. O CNS possui existência legal desde 1937 como organismo colegiado de caráter consultivo e exercendo funções normativas por sistema de pareceres técnicos. Em 1990, já sob a nova legislação, foi recriado pelo Decreto 99.438, com as funções e composição atualmente observadas, devendo deliberar emitindo resoluções ao Ministério da Saúde. Ao longo da década o cumprimento de suas resoluções esteve bastante associado às coalizões políticas formadas, e o organismo representa importante formador da agenda setorial. O CNS é formado por 32 conselheiros titulares, representando instituições governamentais, prestadores de serviços privados de saúde, profissionais de saúde e usuários.

A composição diversificada e as atribuições conferidas em Lei conferem ao CNS importante papel na política regulatória. O modelo é típico do tripartismo e a regulação é flexível, orientada a resultados, adaptada aos casos, centrada no cumprimento de normas universais do sistema, porém sem o caráter processual do sistema de auditoria. Com relação aos problemas de captura, a composição dos membros funciona como importante barreira e o problema de assegurar os benefícios da cooperação estão no ativismo político, pelo qual algumas entidades preservam sua identidade por meio da denúncia sobre decisões governamentais. A atuação

cooperativa dos representantes governamentais, por sua vez, influencia o benefício de resultados pactuados.

Com relação aos métodos e instrumentos no jogo regulatório das relações entre esferas de governo, observa-se a competição entre parametrização burocrática, em que o controle da captura decorre do seguimento de normas e acompanhamento de indicadores, e a pactuação política em organismos próprios, decorrentes da disseminação de informação, da contestabilidade dos representantes e da disputa entre os agentes e grupos organizados. A participação de grupos de interesses públicos serve também como mecanismo de redução da captura. Por outro lado, o povoamento das instâncias decisórias por estes grupos e a politização de suas relações geram problemas de baixa cooperação pela dificuldade de representantes de diversas organizações explicarem a seus associados motivos de adesão a políticas governamentais.

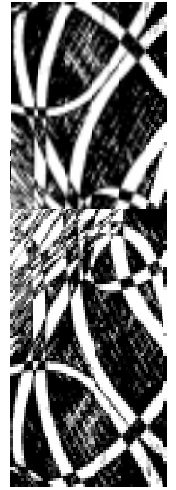
No setor saúde, os contratos de gestão são freqüentemente considerados como meios para regular a concessão de autonomia do executivo para os hospitais. A autonomia pode ser ampla como na forma de organização social adotada por leis estaduais como em São Paulo e Bahia, ou mais restrita, quando os contratos servem de parâmetro para as relações entre núcleo central de governo e unidades públicas vinculadas.

Apesar da adesão de especialistas e gestores ao modelo de gestão pública hospitalar centrado na autonomia gerencial e na contratualização de metas, procedimentos e indicadores, pesquisa realizada nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo⁹ mostram que os hospitais públicos não introduziram esses mecanismos, apesar da adesão de seus dirigentes ao modelo. Por sua vez, o contrato de gestão tem sido utilizado para regular as relações entre o governo estadual de São Paulo e as unidades hospitalares recém-construídas e gerenciadas em regime de organização social. Outros estados brasileiros, como a Bahia, possuem legislação similar disciplinando o modelo gerencial das novas unidades hospitalares.

Por fim, refletindo a diversidade de estratégias regulatórias e a própria competição entre modelos, o Ministério da Saúde implementou um programa de acreditação hospitalar que promove uma classificação dos hospitais brasileiros segundo sua *performance*. O modelo de acreditação hospitalar associa avaliação de processos com certificação de qualidade dos serviços. Os parâmetros estão fixados no Manual de Acreditação Hospitalar e o programa resultou de parceria do Ministério da Saúde com associações médicas, institutos de pesquisa e associações hospitalares. Em dezembro de 1998, o Ministério da Saúde assinou protocolo de intenções com as entidades fundadoras da ONA. Pela composição e atribuição da organização criada, observa-se uma forma de auto-regulação induzida ou contratada em função da presença de representantes governamentais e do mercado. As entidades fundadoras envolvem grupos de prestadores de serviços ao SUS, operadoras de planos e seguros de saúde, cooperativas médicas, além do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

As entidades fundadoras são associações de direito privado, porém o *status* público é conferido não apenas pela indução do MS, mas pela

⁹ Pesquisa em curso "Reforma do Estado e o Setor Saúde". NEPP/ UNICAMP, ENSP/ FIOCRUZ e UFPE, financiada pelo CNPq/ CAPES/FINEP/MARE.



presença do Conasems e Conass representando autoridades sanitárias. O sistema de acreditação em desenvolvimento representa mais uma estrutura micro-regulatória da assistência à saúde e deve se articular aos padrões de macro-regulação observados para o setor público (que segue a estrutura da das Leis 8.080 e 8.142) e setor privado (que segue a estrutura da Lei 9.656).

A contratualização das relações internas ao sistema público no Brasil apresenta focos distintos e complementares. Os três níveis de governo têm regulado a compra de serviços aos prestadores privados mediante Portarias do Ministério da Saúde, dentre as quais destaca-se a NOB-96. Nestas condições, o foco da regulação direciona-se ao volume de serviços produzidos e ao cumprimento das normas de pagamento vigentes, apesar da ênfase em itens de qualidade na cobertura das ações e dos serviços ofertados. Os contratos de gestão elaborados para o sistema público buscam associar mais objetivamente a qualidade da atenção, satisfação do usuário, cesta de serviços ofertados pelas unidades reguladas e introduzem incentivos a boa *performance* institucional. Com relação às técnicas de *managed care*, elas se traduzem no sistema público pelas estratégias de ampliação da capacidade resolutive das unidades ambulatoriais voltadas ao primeiro atendimento aos usuários, como nos programas de saúde da família. Diversos componentes da atenção gerenciada, como a resolutividade das unidades locais, o referenciamento justificado aos níveis de maior complexidade e o seguimento de *guidelines* clínicos são amplamente utilizados no caso brasileiro. A micro-regulação no setor público tende claramente a associar estas técnicas aos contratos de gestão que estipulam a maior autonomia organizacional.

Síntese sobre modelos regulatórios do setor saúde no Brasil

Ao longo do artigo destacou-se uma abordagem da teoria regulatória, apresentando-se um conjunto de iniciativas desenvolvidas no Brasil para o setor saúde ao longo dos anos noventa, inscritas na formação de sistemas regulatórios de caráter nacional. Como ressaltado, a multiplicação de exemplos e a superposição de funções de agência com os procedimentos cotidianos de departamentos de diversos ministérios no governo federal promove alta superposição de atividades de fiscalização, penalização, avaliação, defesa de direitos e inúmeras práticas passíveis de enquadramento em uma política governamental de regulação setorial. Além disso, os poderes legislativo e judiciário, por meio de suas instituições, expressam a coerção legítima de Estado.

No trabalho, a regulação foi tratada na forma de uma política governamental de caráter nacional que interage com agentes privados e públicos. A ênfase no caráter político da regulação implica dois aspectos. O primeiro trata do reconhecimento de um corpo estatal regulatório mais amplo do que ações localizadas em determinada política setorial. O segundo destaca a política implementada como componente das reformas

regulatórias contemporâneas.

O quadro a seguir seleciona e correlaciona modelos regulatórios e algumas políticas e organismos ativos, focalizando as relações do governo federal com organismos privados e com governos estaduais e municipais. Combina iniciativas desenvolvidas ao longo da década de noventa com um modelo de regulação flexível voltada aos ganhos da cooperação sem perda de autoridade normativa estatal. As lacunas são ocupadas na parte superior pela descrição do organismo principalmente vinculado ao processo regulatório e, na parte inferior, pelos principais instrumentos e estratégias utilizados.

Quadro resumo da política regulatória no setor saúde no Brasil: aspectos relevantes

Modelo regulatório	Planos, Seguros, Empresas de Saúde	Indústria farmacêutica e de alimentos	Prestadores privados do SUS	Médicos	Transferências para estados e municípios
Estado normativo e/ou escalonado	Departamento de Saúde Suplementar/MS; Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); nova ANSS	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS)	Sistema Nacional de Auditoria (SNA)		Sistema Nacional de Auditoria (SNA)
	Autorização para funcionamento; intervenção; perda de registro	Notificações, multas, suspensão, perda de licença e processos judiciais	Auditoria; processos judiciais		Auditoria; processos judiciais
Tripartismo	Câmara de Saúde Suplementar		Conselho Nacional de Saúde (CNS); Comissão Intergestores Tripartite (CIT)		Conselho Nacional de Saúde (CNS); Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
	Resoluções		Resoluções; inspeções		Resoluções
Auto-regulação contratada			Organização Nacional de Acreditação (ONA)		
			Certificados de Qualidade		
Auto-regulação				Conselho Federal de Medicina (CFM) Processos éticos; advertência e cassação de registro profissional	

Os padrões de análise de Ayres & Braithwaite (1992), utilizados para analisar a política regulatória do setor saúde, representam uma aproximação inicial. Do modelo original unificou-se a pirâmide de controle escalonado. Nesta, o regulador parte de uma base inicial de aplicação tolerante das leis e normas, permitindo uma adaptação da empresa e recorre à aplicação *stricto*

sensu das penalidades em casos de captura ou descumprimento de compromissos assumidos, correspondente ao pico da pirâmide na qual se situam poucos casos. No caso brasileiro, o escalonamento freqüentemente é previsto nas normas de fiscalização, embora no modelo analítico referido o escalonamento na aplicação de penas dependa de elevada autonomia do regulador e conseqüente vulnerabilidade à captura pela empresa.

A *regulação estatal normativa* é aplicada às indústrias e aos serviços sujeitos à fiscalização sanitária e o escopo da intervenção é bastante amplo. A atuação das indústrias farmacêutica e de alimentos e todo o setor de comercialização destes produtos são alvos privilegiados da política regulatória. O governo federal criou a ANVS nos moldes utilizados para as agências regulatórias de setores recentemente privatizados com características de monopólios naturais. O regime de autarquia especial confere maior autonomia orçamentária e o mandato e estabilidade de sua diretoria visam assegurar controle da captura de seus membros. Com o desenvolvimento da agência e melhor conhecimento entre os agentes, é possível e desejável que altere o regime normativo para formas de auto-regulação contratada, em que o regulador permite que as indústrias redijam seus códigos de procedimentos ou combine sua intervenção com a regulação seletiva, em que o foco se dá no controle de uma ou mais indústrias na expectativa de que o padrão atingido seja seguido pelas demais, reduzindo os custos da regulação. O modelo foi recentemente adotado para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS).

O modelo estatal normativo é também observado na política regulatória das relações estabelecidas pelo SUS com os prestadores privados e nas próprias transferências entre os níveis de governo. Com relação aos prestadores contratados ao SUS, o Sistema Nacional de Auditoria, formado como organismo regulador federal, possui componentes nos estados e municípios. Ao longo da implementação deste modelo, observou-se forte competição dos níveis sub-nacionais no sentido de preservar sua autoridade sobre os contratos firmados. A atuação é pautada pela auditoria de procedimentos com relação ao atendimento de normas e o sistema busca ampliar o foco da regulação para o acompanhamento de indicadores de desempenho das unidades. A mesma lógica é utilizada para auditar as transferências federais para estados e municípios e, neste caso, suas funções se superpõem com as da secretaria de controle interno do ministério da saúde. Com relação a tendências para este modelo pode-se esperar um predomínio da atuação das comissões intergestores, mais flexível e aderida à agenda política setorial e pactuada, na regulação das relações internas ao SUS.

O setor de saúde suplementar está sujeito a dois macro-regimes regulatórios (estatal normativo e tripartismo), em que o padrão normativo foi exercido inicialmente de forma competitiva pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Suplementar, e Ministério da Fazenda, pela SUSEP. No caso, as funções dos dois organismos foram transferidas para a agência reguladora na órbita do Ministério da Saúde. A transição esperada no caso, em função da alta pulverização do mercado de planos e seguros de saúde, está na transferência de elementos da política regulatória do padrão

normativo para o tripartite.

O *tripartismo* aparece como solução única ou combinada para três segmentos da política regulatória: saúde suplementar; prestadores privados do SUS; e as próprias relações entre níveis de governo no SUS.

Com relação à saúde suplementar, a Lei 9.656 criou organismos colegiados internos ao governo, como o CNSP e o CONSU, e organismos de caráter amplo e societário, como a Câmara de Saúde Complementar, que segue o modelo multipartite típico. A importância de cada organismo no jogo regulatório não está plenamente estabelecida em termos políticos, porém a Câmara, onde se concretiza o padrão regulatório tripartite, vem desempenhando efetivamente funções de pactuação e competição entre os agentes e grupos de interesses ativos na política e tende a adquirir centralidade na implementação da política. No modelo de agência vitorioso está reservado o espaço de intervenção da Câmara de Saúde Suplementar.

O tripartismo se manifesta, neste caso, de modo bastante instituído, na regulação de funções internas ao SUS, como no caso dos prestadores privados do sistema e nas transferências intergovernamentais. O Conselho Nacional de Saúde - CNS - exerce funções de formulação e regulação em competição com os núcleos governamentais e sua influência varia conforme as coalizões governamentais e no próprio conselho. Uma instância competidora significativa com relação ao CNS é a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, cuja composição envolve apenas representantes governamentais. A operação política da CIT é facilitada pela menor abrangência de sua representação governamental, porém esta economia em custos decisórios implica em menor sustentabilidade de suas resoluções. A competição por centralidade no processo de formulação e regulação política entre a burocracia ministerial, o CNS e a CIT, reproduz-se com intensidade variável no nível estadual e municipal por meio de organismos similares (Comissões Intergestores Bipartite; Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde). O tripartismo representa uma inovação da política de saúde no Brasil, consolidando-se ao longo da década de noventa e seus obstáculos mais comuns referem-se ao domínio técnico especializado pelos seus membros (dependente da difusão de informações) e à dinâmica interna das organizações que afetam a disposição de seus representantes ao comportamento cooperativo (dependente da dinâmica política e da formação de coalizões).

Com relação à *auto-regulação contratada*, o padrão mais representativo é o da acreditação hospitalar, pelo qual o Ministério da Saúde efetuou investimentos, através do programa REFORSUS, no sentido de induzir organismos privados a formarem a Organização Nacional de Acreditação - ONA. Os resultados esperados estão na criação de um padrão de qualidade no mercado, reduzindo os custos da regulação burocrática em nome de maior ordenamento na competição entre os hospitais por recursos públicos e privados. Em que pese a participação do Conass e do Conasems entre os fundadores da ONA, representando elementos estatais na política implementada, é esperada uma migração do modelo para uma auto-



regulação *laissez-faire* mais típica.

Por fim, a *auto-regulação* mais tipicamente observada no setor saúde no Brasil diz respeito aos conselhos profissionais que, pela elaboração de normas e pelo estabelecimento de processos éticos, regulam a prática profissional individual. O Conselho Federal de Medicina é a estrutura mais evidente da auto-regulação profissional, embora organismos semelhantes existam para os demais profissionais como enfermeiros e odontólogos, cujas entidades são ativas na política setorial. Ainda se observa um componente estatal relacionado aos conselhos profissionais como resultado da legislação corporativa brasileira, que considera estes organismos parte integrante do aparelho de Estado. Este aspecto é paradoxal em termos de um sistema de auto-regulação, porém a autonomia organizacional obtida após a redemocratização política do país e a autonomia profissional dos médicos e odontólogos, por exemplo, definem sua característica na política regulatória. Atualmente está em curso a reforma da legislação que regulamenta o funcionamento destes conselhos e a tendência observada aponta para o reforço de sua autonomia frente às instituições de estado e de seu caráter auto-regulador.

As tendências apontadas neste tópico final apresentam consistência com o desenvolvimento da política de regulação do setor saúde no Brasil e servem de roteiro para estudos empíricos necessários no estágio atual das reformas e inovações em curso.

Referências bibliográficas

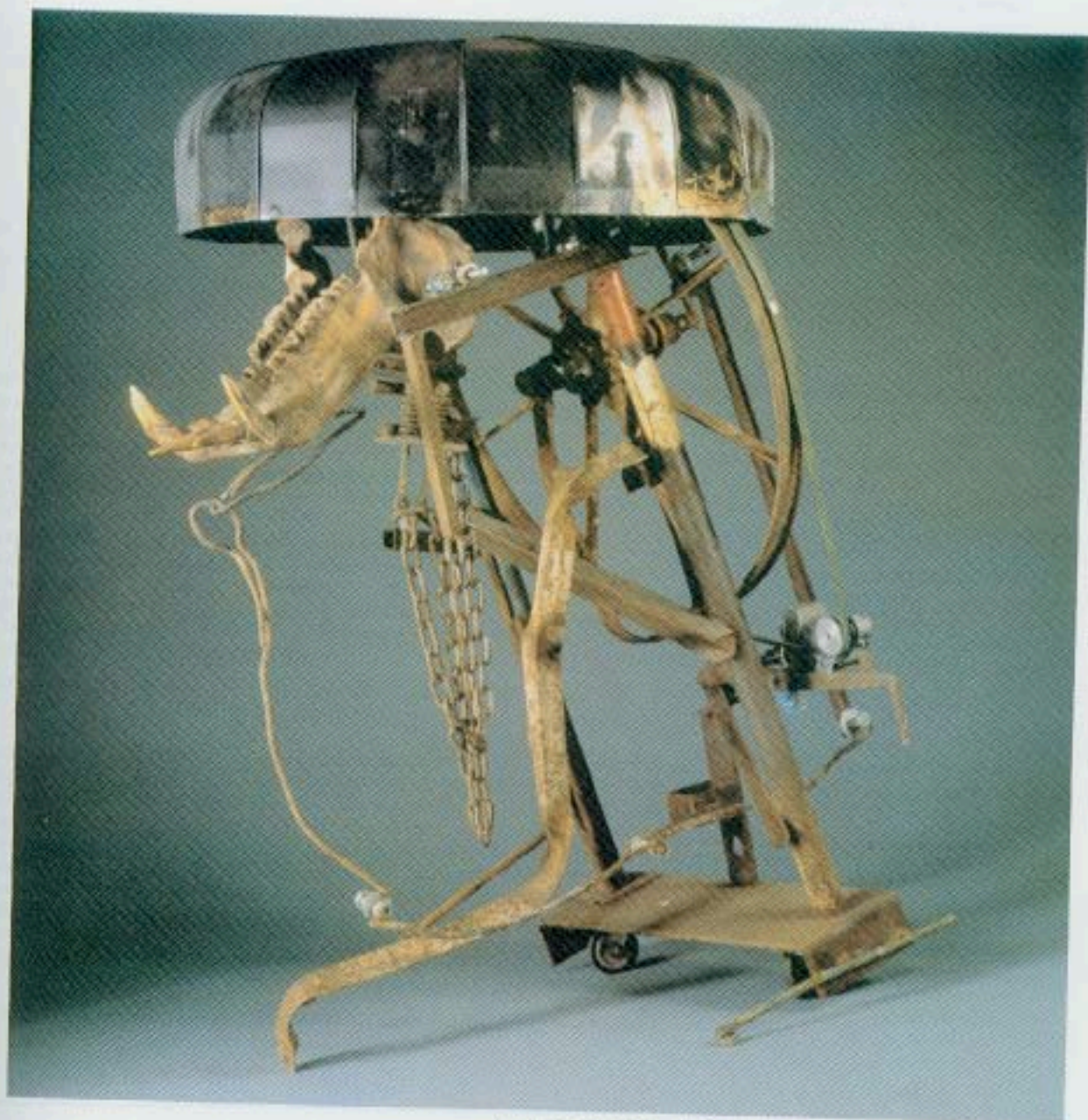
- ALMEIDA, F.G. **Conjuntura Econômica**, jan., set., dez., p.5-7, 1998.
- ARMSTRONG, M., COWAN, S., VICKERS, J. **Regulatory reform: economic analysis and british experience**. Cambridge: MIT, 1995.
- AYRES, I., BRAITHWAITE, J. **Responsive regulation: transcending the deregulation debate**. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- BAER, W., MACDONALD, C. Um retorno ao passado? A privatização de empresas de serviços públicos no Brasil: o caso do setor de energia elétrica. **Políticas Públicas e Planejamento**, n.16, p.5-38, 1997.
- BANCO MUNDIAL. **O estado em um mundo em transformação**. Brasília, 1997.
- BRASIL/PRESIDENTE. Plano diretor da reforma do aparelho do estado. Brasília, 1995.
- CONJUNTURA ECONÔMICA. **Seguro-saúde: o mercado que mais cresce**, maio/1998, p.30-34.
- COSTA, N. R. Reforma administrativa, previsibilidade decisória e eficiência do estado. In: PETRUCCI, V. & SCHWARZ, L. **Administração pública gerencial: a reforma de 1995**. Brasília: Universidade de Brasília/ENAP, 1999. p.223-39.
- NUNES, E. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- PINHEIRO, A. C. Impactos microeconômicos da privatização no Brasil, **Pesqu. Planej. Econômico**, v.26, n.3, p.357-98, 1996.
- ROBINSON, R., STEINER, A. **Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service**. London: Open University Press, 1998.
- SILBERMAN, B. S. **Cages of reason: the rise of the rational state in France, Japan, the United States, and Great Britain**. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.



RIBEIRO, J.M, COSTA, N.R., SILVA, P.L.B. Política de Salud en Brasil y estrategias reguladoras en ambiente de cambios tecnológicos, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

Este texto discute tales políticas en relación al mercado de las organizaciones proveedoras privadas y de los prestadores cuyos servicios adquieren las administraciones públicas locales. Apunta las singularidades del sector de salud por comparación a las industrias sometidas a los nuevos regimenes, como telecomunicaciones, electricidad y petróleo y se afirma la tendencia al uso de políticas reguladoras responsivas y concertadas junto a los sistemas públicos y privados.

PALAVRAS CLAVE: política de salud; innovación organizacional; modelos organizacionales; desarrollo tecnológico; administradión pública; legislación.



JEAN TINGUELY, Troféu de Chococ - Le - Cielm, 1990, Girpet Filis, Londres.



... cabeça zerada, misto de autômato e cadáver...

Ferro, aço, corrente de borracha, motor elétrico e maxilar de hipopótamo.

Juntando materiais heteróclitos e grotescos, o artista dava vida a suas esculturas, fazendo-as se movimentar com o uso de um motor elétrico.

... (text is very faint and illegible)

... (text is very faint and illegible)

Lição de Anatomia

João Luiz Leocadio da Nova¹
José Joffily Bezerra Filho²
Liana Albernaz de Melo Bastos³



DA NOVA, J.L.L., BEZERRA FILHO, J.J., BASTOS, L.A.M. An Anatomy lesson, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

In medical education, we are currently witnessing the breakdown of both the teaching and the care models. There are many symptoms that reveal this phenomenon, including the ideology of coldness and the distance that pervades medical practice. This model of the patient-physician relationship reproduces the student-cadaver relation. With a view to modifying this ideology, we have developed an interdisciplinary activity at UFRJ (the Federal University of Rio de Janeiro), in conjunction with the Anatomy course, consisting of reflection groups with first year medical students. Based on the results attained over two years through this research project, called “The Cadaver and Medical Education”, we produced a teaching video, “Anatomy Lesson”, with the support of FUJB (José Bonifácio Foundation). This was the result of a multidisciplinary team effort, which included both teachers and students from the UFF Institute of Arts and Social Communication, the UFRJ Medical School and the NUTES (Educational Technology Center for Healthcare) of the UFRJ. It is our intention that this visual aid be used as a tool to help improve teaching and medical practice, by introducing a discussion of ethical issues. The research and process of producing the video revealed the possibility of rethinking and innovating in university education and proved to be, for all of us, a lesson on how to work together democratically.

KEYWORDS: medical education; anatomy; attitude to death; audiovisual aids.

Na formação médica, diagnosticamos a falência do modelo pedagógico/assistencial que se revela, dentre outros sintomas, na ideologia de frieza e distanciamento que perpassa a prática médica. Este modelo de relação médico-paciente reproduziria a relação estudante-cadáver. Visando modificar tal ideologia, desenvolvemos, na UFRJ, em atividade interdisciplinar com a Anatomia, grupos de reflexão com os alunos do primeiro período da Faculdade de Medicina. A partir dos resultados, de dois anos dessa pesquisa, denominada “O cadáver e a formação médica”, realizamos, com o apoio da Fundação José Bonifácio, um vídeo didático, “Lição de Anatomia”, por meio de equipe multidisciplinar, incluindo professores e alunos do Instituto de Artes e Comunicação Social da UFF, da Faculdade de Medicina da UFRJ e do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da UFRJ (NUTES). Pretendemos que a utilização desse recurso audiovisual constitua mais uma ferramenta para a melhoria do ensino e da prática médica, introduzindo a discussão de questões éticas. A pesquisa e a realização do vídeo nos mostraram a possibilidade de se repensar e inovar o ensino universitário, o que foi, para todos nós, uma lição de convívio democrático.

PALAVRAS-CHAVE: educação médica; anatomia; atitude frente a morte; recursos audiovisuais.

¹ Professor da Universidade Federal Fluminense, chefe do Laboratório de Vídeo Educativo do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Professor do Laboratório de Roteiro do Departamento de Cinema e Vídeo do Instituto de Artes e Comunicação Social da Universidade Federal Fluminense.

³ Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; coordenadora da pesquisa “O cadáver e a formação médica”. E-mail: lianabastos@ax.apc.org

As origens

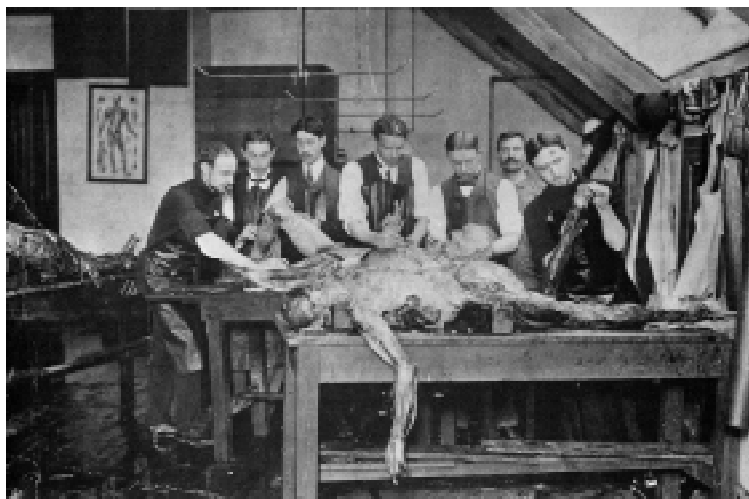
A prática pedagógica da Psicologia Médica com os estudantes de Medicina do quarto, quinto e sexto períodos, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, tem-se centrado nas dificuldades encontradas no campo da relação médico-paciente. Esta ênfase deve-se ao diagnóstico de que o distanciamento e a frieza com que a prática médica vem sendo exercida - e não apenas em nosso meio - são sintomas de um mal maior: as instituições de ensino médico têm informado o estudante, mas não o têm formado. A formação médica resume-se à transmissão de conhecimentos sobre as doenças. Valores e atitudes de reconhecimento das subjetividades (tanto do médico quanto do paciente) não são privilegiados nesse modelo. Esta constatação levou-nos a pesquisar em que momento as escolas médicas iniciariam a produção dessa ideologia. Nossa hipótese inicial era a de que o embrião dela estaria no impacto que a prática anatômica provoca no estudante. A negação da mortalidade e da sexualidade humanas começaria a ser gerada na relação estudante-cadáver transferindo-se, posteriormente, para a relação médico-paciente. A revisão bibliográfica confirmou nossa hipótese. Iniciamos, junto à disciplina de Anatomia e com a colaboração de alguns de seus professores, um trabalho de campo que se desenvolveu por dois anos, sob a forma de grupos de reflexão com os estudantes do primeiro período da Faculdade de Medicina da UFRJ. Ao final desta etapa da pesquisa realizamos, com o apoio da Fundação Universitária José Bonifácio, um vídeo didático em atividade transdisciplinar com alunos de graduação e pós-graduação e professores da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Tecnologia Educacional de Ciências da Saúde da UFRJ e do Curso de Cinema e Vídeo do Instituto de Artes Cênicas da Universidade Federal Fluminense (UFF).

O estudante e o cadáver

A prática anatômica é, para o estudante de medicina, um ritual de iniciação. É ali, diante do cadáver, que ele, no dizer das palavras de um estudante, “começa a se sentir médico”. O cadáver é, assim, o primeiro paciente do futuro médico. O modo pelo qual o estudante lida com esta situação tem fundamental importância na formação de sua identidade profissional.

(Charlton et al., 1994)
Se, por um lado, diante do cadáver, o estudante se sente protegido das angústias que a prática com doentes suscita, por outro, ele é exposto, sem qualquer preparação, à enorme angústia que a morte promove. O estudante é apresentado à morte sem que o nome dela

Estudantes de Medicina trabalhando sobre um cadáver, 1890.



seja declinado.

O cadáver apresenta a morte, mas não é um morto. Ele é o corpo anatômico: um constructo, objeto de um discurso científico criado mediante uma técnica, a dissecação. O que a técnica anatômica pretende é, diante de um substrato dado, orientar-se num espaço já constituído, torná-lo visível e explorá-

lo geograficamente. Prática investigatória e não clínica, a dissecação não trata do doente e da doença. Ela trata do cadáver como uma figura exterior e objetiva (Foucault, 1987). Assim, o corpo anatômico é geografia, não é história. Deste modo, quando tomado como modelo para a relação médico-paciente, cria uma primeira cisão: o paciente é algo a ser visto e não ouvido. A dimensão histórica se achata neste encontro. As anamneses se fazem quase dispensáveis.

Perdendo a dimensão histórica, o que se perde é a vida e a sexualidade. O corpo morto, mobilizador de curiosidades e angústias, exige, daquele que o observa, neutralidade para vencer a náusea, o horror e a repugnância (Fèdida, 1971). Uma das técnicas utilizadas na busca da neutralidade necessária é a do silêncio.

A nomeação da morte raramente é feita diante do cadáver. Esta escotomização da morte - que se inicia diante do cadáver- prossegue durante todo o curso médico. O impacto que o contato com o cadáver produz no estudante não tem sido objeto de consideração na formação médica. Disto não se fala. Este modo de se negar a morte se desdobra numa posterior negação do morrer. A morte e o morrer não fazem parte do currículo acadêmico, mas são cotidianos na prática médica.

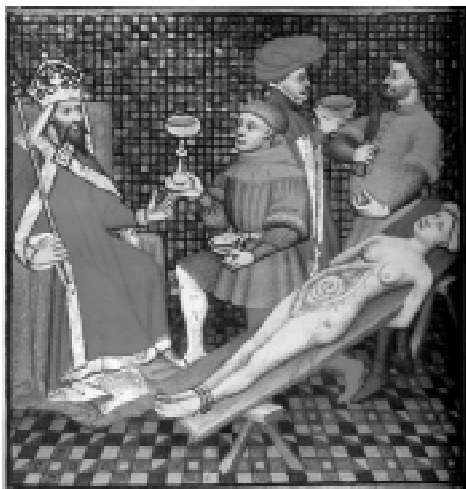
O médico e a morte

Morre-se hoje nos hospitais. A morte se transformou, em nossa cultura, num problema médico. Nem sempre foi assim. Esta parece ser uma modalidade dos nossos tempos que satisfaz à dessacralização e à banalização da morte cujas conseqüências não são inócuas. Os ritos de morte são cada vez mais simplificados. As conveniências exigem que o enlutado volte logo a uma vida normal. O recalçamento da dor é exigido em lugar das manifestações outrora usuais (Maunnoni, 1995). Freqüentemente, o profissional médico é solicitado a medicar aqueles que estão sofrendo com a perda de um ente querido. O luto se medicaliza.

Dentro do hospital, o moribundo - e, muitas vezes, a família - não tem participação na decisão da morte. Ela é uma "morte interdita" (Ariès, 1977).



Fabricação de um autômato



AGRIPINO BOCACCIO,
Nero assistindo à autópsia de sua mãe, 1410.

O médico foi colocado no lugar daquele que decide o momento da morte e as circunstâncias do morrer. A morte e o morrer transformaram-se em questões técnicas. Neste contexto, criou-se uma ideologia médica de distanciamento e frieza desumanizadora tanto do paciente quanto do médico. Gerou-se um modelo de alienação de si e do outro tornando o médico indiferente ao sofrimento e às misérias humanas, exigindo um recalçamento da dor e uma negação da morte do outro e de si mesmo.

A formação médica, como não podia deixar de ser, promoveu e incorporou este modelo que condena à morte aquilo que o estudante tem de humanidade. Mata-se, no aluno, sua capacidade de envolvimento emocional com o paciente visando-se, assim, supostamente, habilitá-lo a lidar com a morte (Zaidhaft, 1990). Cria-se um paradoxo: quanto mais a morte se torna “médica” menos dela se trata na formação. Mais interdita ela se faz não apenas para o moribundo mas, também, para o médico.

O cadáver e a formação médica

Com estas preocupações, coordenamos, há dois anos, uma pesquisa denominada “O cadáver e a formação médica”, em atividade interdisciplinar com a Anatomia, realizando grupos de reflexão com os alunos do primeiro período da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Focalizando a discussão de valores e atitudes analisados dentro de uma abordagem qualitativa, determinamos as categorias analíticas que nortearam a pesquisa: a cisão sujeito-objeto, operada na prática médica; a representação do ensino médico como o estudo das doenças; a divisão da formação médica em dois ciclos estanques (básico e profissional); a Anatomia, como iniciadora do estudo médico do corpo, tomando-se o cadáver como modelo; a relação médico-paciente fundada na relação estudante-cadáver.

Essas categorias empíricas foram identificadas por meio da escuta realizada pelos coordenadores dos grupos de reflexão - dois professores de Psicologia Médica da UFRJ com formação psicanalítica - tendo a Psicanálise como referencial teórico. Além destes, os grupos contavam com a colaboração de dois professores da Anatomia que funcionavam como observadores participantes. Tomamos o discurso livre do grupo como o conteúdo manifesto que pode ser interpretado, possibilitando a efetivação de mudanças na rede de relações simbólicas e materiais, produzindo novas significações pela confrontação dos valores sócio-ideológicos dos diferentes membros do grupo, mobilizados pelo contato com o cadáver. A desconstrução de modelos enrijecedores e impossibilitadores da emergência de novos sentidos fez-se pela leitura interpretativa da fala dos membros do

grupo (Souza, 1989). Do material discursivo, foram isoladas as categorias empíricas que nos serviram para a verificação das hipóteses ou instalação de novas questões, comparando-as com as categorias analíticas propostas.

A utilização de um referencial teórico psicanalítico impôs-se pela própria metodologia proposta e sustentada na qualificação dos professores da Psicologia Médica envolvidos na pesquisa de campo (ambas com formação psicanalítica). Esta dupla identidade dos professores de Psicologia Médica não nos fez perder de vista a proposta pedagógica. Ter a psicanálise como referencial teórico, numa pesquisa de ensino médico, significou introduzir a subjetividade de onde ela foi oficialmente banida em nome de uma cosmovisão privilegiadora da objetividade que entrou em crise. Se nosso problema implicava rediscutir as relações sujeito-objeto, o referencial psicanalítico pôde nos prover de elementos substantivos, mantendo em mente a formação médica. A Psicanálise tem legitimidade para ocupar um lugar dentro de um ensino de medicina que busca a humanização.

O trabalho com grupos de alunos não configurou uma psicoterapia, o que seria abusivo e impróprio no contexto pedagógico. Pela metodologia proposta e com o referencial teórico psicanalítico, visamos à escuta e à ressignificação do discurso dos alunos para uma efetiva mudança. Isto requer que a subjetividade da fala tenha um espaço de reconhecimento.

A revisão da literatura médica publicada nos últimos vinte anos (1976-1996), sobre o impacto que o cadáver produz na formação médica, revela poucos trabalhos relativos ao tema.

Charlton et al. (1994), Alexander & Haldane (1979), Blackwell et al. (1979), Gustavson (1988), Horne et al. (1990), Marks (1980), apontam para a importância que o encontro com o cadáver representa para o estudante de medicina na sua formação e posterior exercício profissional. Indicam que os mecanismos de defesa usados pelos estudantes diante da dissecação visa reduzir o estresse gerado pela situação, produzindo um modelo de distanciamento que se repete, posteriormente, na prática clínica, levando o médico a perceber seus pacientes não como seres humanos em sofrimento, mas como abstrações. Se o estudante tiver a chance de expressar suas preocupações e emoções, evocadas durante a dissecação do cadáver, isto possibilitará a ele empatizar com os pacientes. Sugerem que isto poderia ser conseguido pelo contato regular de pequenos grupos com facilitadores, seguindo sugestões de outros autores (Gustavson, 1988; Charlton et al., 1994). Os estudantes deveriam ser encorajados a examinar suas atitudes diante da morte e a aprender a lidar com o cadáver como um referente pessoal. Relatam achados de que 5% dos estudantes informam distúrbios como pesadelos e elevado estresse, como resultado da dissecação de cadáveres. Concluem que a morte e o morrer deveriam ser incluídos nos currículos médicos, possibilitando aos estudantes tornarem-se, posteriormente, médicos com compaixão e sensibilidade, propondo, para



REMBRANDT,
Lição de Anatomia do dr. Tulp, 1632.

isto, modificações curriculares (Penney, 1983).

Dissecar um cadáver não é um exercício técnico e neutro. O impacto que o cadáver produz permite a discussão de temas difíceis como dignidade humana, sexualidade, mortalidade e luto, trazendo à baila questões éticas.

O vídeo

Trabalhar com a imagem é fundamental dentro das modernas concepções pedagógicas, sendo particularmente importante na Medicina: o corpo como um dado a se ver. Mas não apenas isto. A proposta de realização do vídeo “O cadáver e a formação médica”, ao término da pesquisa, visou transformar as categorias analíticas que a pesquisa apresentara em imagens, tornando imagístico o subjetivo. Além disso, um vídeo permitiria a ampliação de nosso público: atingiríamos não somente os alunos do primeiro período da Medicina, mas os dos períodos subseqüentes, criando-se uma possibilidade de multiplicação do questionamento ao longo do curso médico. Poderia ser utilizado, também, para treinamento de professores de Medicina e em outras áreas da saúde.

Não imaginávamos, no entanto, a incrível oportunidade de ensino e aprendizagem que a realização do vídeo trouxe para todos aqueles que dela participaram. Sua realização, inicialmente solicitada ao Laboratório de Vídeo Educativo do NUTES da UFRJ, construiu uma transdisciplinaridade que envolveu professores de duas universidades públicas (UFRJ e UFF), de diferentes áreas (Psicologia Médica, Anatomia, Clínica Médica, Tecnologia Educacional, Artes e Comunicação Social), alunos das graduações em Medicina (UFRJ) e em Cinema e Vídeo (UFF) e alunos da pós-graduação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde da UFRJ). Desde a criação do roteiro até a avaliação do vídeo, todos pudemos aprender e ensinar. Os questionamentos que imaginávamos produzir em nosso público alvo se produziram dentro de nós, criando um espaço de interlocução, de reflexão e de ação.

Tanto para os seis alunos da UFF que escreveram, dirigiram e editaram o vídeo, como para os professores que se envolveram na orientação e coordenação destas atividades, a realização do trabalho teve o sabor de uma experiência nova.

Os alunos, matriculados no segundo ou terceiro períodos do Departamento de Cinema e Vídeo da UFF, cursavam ali a cadeira optativa de Laboratório de Roteiro. Desde o momento da matrícula foram informados sobre a proposta de integração entre alunos e professores das duas Universidades visando a produção de um vídeo. A maioria dos projetos desenvolvidos pelos alunos do Departamento de Cinema e Vídeo era de tema livre. Ou seja, os filmes e vídeos produzidos tinham geralmente, como argumento, temas de livre escolha dos próprios alunos. No caso desta proposta, o argumento era outro: “encomenda”. E não só isso, o vídeo resultante do trabalho teria uma platéia específica: alunos e professores de Faculdades de Medicina, bem como outros profissionais da área da saúde. O que, de início, parecia restritivo, funcionou como estímulo. O conteúdo do argumento foi transmitido pela Disciplina de Psicologia Médica da Faculdade

de Medicina da UFRJ em diversos encontros com os alunos, coordenados pelo NUTES e pelo professor da disciplina de Laboratório de Roteiro. Também fazendo parte do aprendizado, os alunos da UFF visitaram, algumas vezes, o Laboratório Anatômico da UFRJ e assistiram a um dos grupos de reflexão com os estudantes de Medicina do primeiro período, coordenado pela professora de Psicologia Médica e com a participação de um professor de Anatomia.

Ficção ou documentário?

Depois de absorvidos os conceitos, surgiu a questão do gênero. De que forma abordar o assunto com mais eficiência? Através de uma história ficcionada ou de um documentário? Sob o ponto de vista dos alunos do Curso de Cinema, sem dúvida, a produção de imagens ficcionais formalizaria um exercício mais completo, tanto na escritura do roteiro quanto na confecção das imagens. A produção de imagens ficcionais envolve decisões mais variadas, que vão da cenografia à direção de atores. Chegou-se à conclusão que, também sob o ponto de vista do conteúdo, os conceitos originalmente discutidos seriam mais facilmente compreendidos. Faltava decidir qual o argumento que seria roteirizado. Foram desenvolvidos seis argumentos com os mesmos conceitos e em seguida foi escolhido um deles. Se a redação dos argumentos foi individual, a criação do roteiro foi coletiva. Foram escritas várias versões, mas o assunto central continuava sempre o mesmo: a formação médica. As consecutivas versões foram submetidas à avaliação dos professores diretamente envolvidos na sua realização (Psicologia Médica, Laboratório de Roteiro e NUTES), seguindo-se uma avaliação externa, com a participação de alunos e professores de Medicina.

Avaliação do roteiro

A fase de avaliação do roteiro, conduzida por um grupo de alunas do mestrado do NUTES, baseou-se numa leitura dramatizada do mesmo. Foram organizados dois grupos: um com professores de Medicina e outro com estudantes de Medicina. Em ambas as situações, procurou-se estimular os participantes a tecer comentários, livremente, sobre a credibilidade das situações propostas bem como sobre todo o desenrolar da narrativa. A análise desses grupos de discussão (Almenara, 1998) proporcionou novas mudanças no roteiro, na perspectiva do público-alvo que, até então, não havia se envolvido diretamente na produção.

A alternativa ficcional do roteiro permitiu que fossem discutidos desde as cenas que constituíam a história até os perfis profissionais e psicológicos de todos os personagens. Com esta técnica procurou-se descobrir não só o que é dito, mas também o que está por trás do que é dito. Finalmente, aprovada a versão final, o Laboratório de Vídeo Educativo do NUTES marcou o início das gravações.

Realizando o vídeo

Os seis alunos de Laboratório de Roteiro, responsáveis pela redação do texto final, dividiram a direção do vídeo e também foram responsáveis por outras áreas ligadas à produção. A equipe, formada por técnicos do Laboratório de Vídeo Educativo do NUTES e alunos da UFF, dispôs de três dias para gravar as cenas. Para os alunos da UFF, a participação dos profissionais do NUTES foi de fundamental importância, pois a responsabilidade na execução do vídeo foi dividida com profissionais que têm mais de vinte anos de experiência.

Depois de uma meticolosa análise técnica do roteiro, a pré-produção, finalizada em cerca de 15 dias, viabilizou que as gravações fossem efetivadas no prazo previsto. Desde a seleção dos atores e dos figurinos até a escolha dos equipamentos e das locações, todas as decisões foram tomadas em conjunto. Esta construção coletiva é um espaço privilegiado como ambiente de aprendizagem, proposta que procuramos desenvolver em qualquer produção.

A fase de edição deste vídeo foi outra oportunidade didática aproveitada com a participação de mais duas outras alunas do Curso de Cinema da UFF. Este processo, tradicionalmente executado em ambiente de edição analógico e seqüencial, foi, pela primeira vez no NUTES, executado em ambiente digital de edição não linear. A edição digital possibilita que, durante a montagem, se escolha o ponto de corte de cada plano, intensificando-se o clima de tensão de uma discussão ao precipitarmos uma fala sobre a outra. Pode-se selecionar instantes centesimais. A inclusão de um plano de observação ou de reação sem fala de um dos atores auxilia a definir o personagem por ele representado. Muitas vezes é na reação sem fala que se configura a contrariedade de opiniões. O estudo das múltiplas opções de ordenação dos planos de imagem e som permite construir personagens e cenas de acordo com a intenção do roteiro. A experimentação das alternativas de seqüenciação dos planos pode ser feita à exaustão. Por serem arquivos digitais, virtuais, não há deterioração do material original, nem tampouco limitação quanto ao número de experimentações. Todas as alternativas podem ser analisadas simultaneamente, o que muito se assemelha à editoração de texto em que os familiares *softwares de desktop publishing* nos auxiliam a cortar, corrigir e manter diversas versões de relatórios, artigos, teses etc.

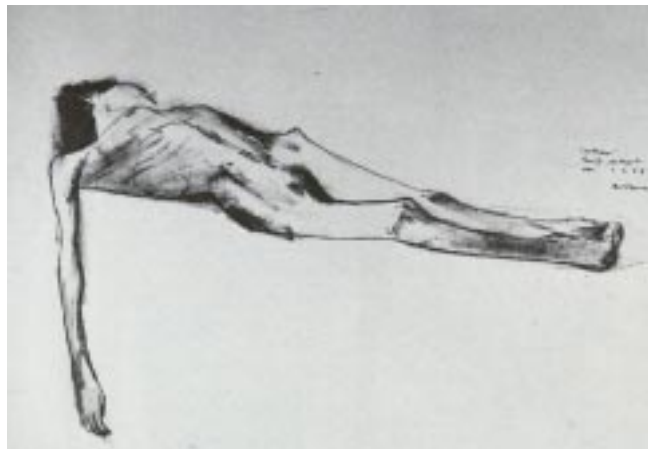
O vídeo, inicialmente programado pelos alunos-diretores para ter 72 planos de imagem, chegou a sua versão final com 92 planos. Acrescidos dos recursos de sonorização e de inclusão dos créditos e efeitos, compôs um programa com 16 minutos de duração.

Avaliado pelo público-alvo dentro de uma abordagem quali-quantitativa e considerando-se os aspectos técnicos, estéticos e de pertinência do conteúdo, o vídeo recebeu dos alunos nota final seis, numa escala de um a sete, considerando os aspectos técnicos, estéticos e de pertinência do conteúdo analisados por eles.

Lição de Anatomia

Lição de anatomia pretende um saber sobre seu objeto, mas o objeto da nossa lição não é, tão somente, o cadáver. O cadáver nos permitiu, pela pesquisa, traçar uma nova técnica. Nosso *constructo* não foi delimitado pela dissecação. Nossa técnica fundou-se na reflexão que o cadáver nos permite pelo impacto que a morte e a sexualidade promovem em todos nós e, particularmente, no estudante de Medicina. Nosso *constructo* foi o campo da relação estudante-cadáver, desdobrando-se na relação médico-paciente. Pretendíamos apontar as vicissitudes da prática médica, discutindo as questões éticas e propondo mudanças na formação médica. Esses foram os objetivos do vídeo. Tal como o paciente, o vídeo é para ser visto e ouvido. Por isto não apresentamos aqui sua sinopse. Desejamos que ele possa ser assistido e utilizado. O objetivo deste texto é outro. É contar como a realização de vídeo se desdobrou em outra lição de capital importância.

A “Lição de Anatomia” nos colocou a todos, alunos e professores de Medicina, de Cinema e de Educação, diante de situações novas, de outras áreas do conhecimento, de diferentes modos de sentir, pensar e agir. Apontando para nossas insuficiências e desconhecimentos, ao mesmo tempo que nos fazendo sentir a necessidade que temos uns dos outros na complementariedade de nossos papéis e saberes, a realização do vídeo foi, ela própria, uma lição. Lição ética de um convívio democrático.



ALEJANDRO MENTOYA, *Cadáver*, 1987.
20ª Bienal Internacional de São Paulo.

Referências bibliográficas

- ALEXANDER, D. A., HALDANE, J.D. Medical education: a student perspective. **Med. Educ.**, v.18, p.336-41, 1979.
- ALMENARA, J.C. Avaliar para melhorar: meios e materiais de ensino. In: _____ . **Para uma tecnologia educacional**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 257-84.
- ARIES, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média à atualidade. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BLACKWELL, B., RODIN, A. E., NAGY, F., REECE, R.D. Humanizing the student-cadaver encounter. **Gen. Hosp. Psychiatr.**, v.1, p.315-21, 1979.
- CHARLTON, R., DOVEY, S. M., JONES, J. G., BLUNT, A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. **Med. Educ.** , v.28, p.290-5, 1994.
- FÊDIDA, P. L'anatomie dans la psychanalyse. **Nouv. Rev. Psychanal.**, n.3, p.109-26, 1971.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- GUSTAVSON, N. The effect of human dissection on first-year students and implications for the doctor-patient relationship. **J. Med. Educ.**, v.63, p.62-4, 1988.
- HORNE, D. J., TILLER, W.G., EIZENBERG, N., TASTHEVSKA, M., BIDDLE, N. Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room. **Acad. Med.**, v.65, p.645-6, 1990.
- KORPI, M. F., CARBONARA, C.P., YOUNG, V.E. The impact of nonlinear editing on post-production process. **SMPTE J.**, n.10, p. 641-46, 1996.
- MARKS, S. C., BERTMAN, S. L. Experiences with learning about death and dying in the undergraduate anatomy curriculum. **J. Med. Educ.**, v.55, p.48-52, 1980.
- MAUNNONI, M. **O nomeável e o inominável**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- PENNEY, J. C. Reactions to human dissection: a report and a proposal for curriculum modification. **Proc. Annu. Conf. Res. Med. Educ.** v.22, p. 220-5, 1983.
- SOUZA, A. N. **A reflexão sobre a impotência**: SIDA/AIDS, uma experiência em Psicologia Médica. Rio de Janeiro, 1988. 388p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

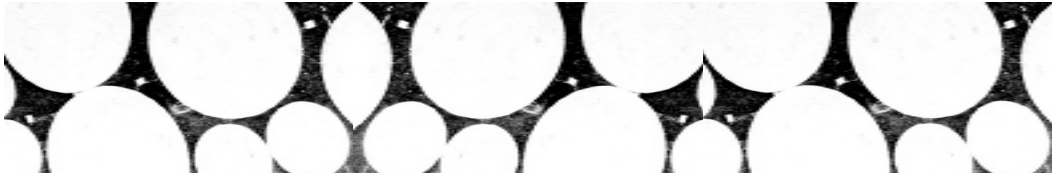
A solicitação do vídeo pode ser feita ao:
Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
Biblioteca de Recursos Instrucionais
Centro de Ciências da Saúde, bloco A – sala 26
Cidade Universitária – Ilha do Fundão
CEP: 21.949-970 - Rio de Janeiro – RJ
Tel/fax: (0 xx 21) 270.5847 - E-mail: ntsbib@acd.ufrj.br

DA NOVA, J.L.L., BEZERRA FILHO, J.J., BASTOS, L.A.M. Lección de Anatomía, **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.6, 2000.

En la formación médica diagnosticamos la crisis del modelo pedagógico/asistencial que se revela, entre otros síntomas, en la ideología de frialdad y distanciamiento por la que atraviesa la práctica médica. Este modelo de relación médico-paciente reproduce la relación estudiante-cadáver. Apuntando a la modificación de tal ideología desarrollamos, en la Universidade Federal do Rio de Janeiro, como actividad transdisciplinaria conjuntamente al curso de Anatomía, grupos de reflexión con alumnos del primer periodo de la Faculdade de Medicina. A partir de los resultados desta experiencia llevada a cabo durante dos años, denominada "El cadáver y la formación médica", realizamos con el apoyo de la Fundação José Bonifácio, un video didáctico: "Lección de Anatomía", de forma multidisciplinaria con profesores y alumnos del Instituto de Artes e Comunicação Social da Universidade Federal Fluminense, de la Faculdade de medicina de la UFRJ y del Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da UFRJ (NUTES). Pretendemos que la utilización de este recurso audiovisual se transforme en una herramienta más para enriquecer la enseñanza y la práctica médica introduciendo la discusión de cuestiones éticas. La investigación y la realización del video nos mostraron la posibilidad de repensar y de innovar la enseñanza universitaria transformándose para todos nosotros en una lección de convivencia democrática.

PALABRAS CLAVE: formación médica, anatomía, video didáctico.

Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da



Mônica Benfica Marinho¹

MARINHO, M.B. Between functionality and playfulness: condoms in aids prevention campaigns, *Interface _ Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

The starting point for this study is the idea that there are obstacles to the use of condoms. It discusses some of these impediments, namely, the parallel meaning of condoms as something associated with infidelity and promiscuity. These interpretations were analyzed relative to the behavioral model that governs sexual practice and human reproduction, i.e., monogamy. This paper emphasizes that campaigns designed to encourage the use of condoms may be more effective if they dilute the "negative" image connected with these meanings, by associating condoms, for instance, with pleasure and safety, through playful and relaxed advertising.

KEYWORDS: sex behavior; acquired immunodeficiency syndrome; preventive health services.

Este trabalho parte da idéia da existência de impedimentos ao uso da camisinha. Abordou-se alguns desses impedimentos que são as significações marginais como a infidelidade e a promiscuidade que a camisinha encarna. Essas significações marginais foram analisadas em relação a um modelo de comportamento que rege a prática sexual e a reprodução humana - a monogamia. Enfatizou-se que as campanhas, que têm como tema o estímulo ao uso da camisinha, podem alcançar uma maior eficácia ao diluírem a imagem "negativa" emanada dessas significações, associando, por exemplo, a camisinha a prazer e segurança, por meio de spots lúdicos e descontraídos

PALAVRAS-CHAVE: preservativos; síndrome de imunodeficiência adquirida; serviços preventivos; comportamento sexual.

¹ Socióloga e Mestre em Comunicação e Cultura Contemporâneas pela Faculdade de Comunicação da Universidade Federal da Bahia, UFBA.

É inegável que a camisinha, também conhecida como preservativo, “camisa de vênus”, Condom, é um meio eficaz para a prevenção da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, permitindo práticas sexuais com penetração, com menor risco de contaminação. É também um tema sobre o qual debruçam-se insistentemente as campanhas governamentais e não governamentais de prevenção da Aids, veiculadas pela tv brasileira desde 1987, que destacam a eficiência da camisinha procurando convencer o telespectador sobre a necessidade de incorporá-la a suas práticas sexuais.

Não se desconhece que as campanhas de prevenção da Aids veiculadas pela televisão têm buscado alcançar uma maior eficácia na sua atribuição de despertar, nos indivíduos, o desejo e, conseqüentemente, o aumento do consumo de um produto tão polêmico. Mas também não se pode deixar de perceber que alguns elementos articulam-se e constituem barreiras, dificultando que as campanhas realizem seu objetivo. Analisam-se, a seguir, alguns desses elementos e como as campanhas que têm como tema o estímulo ao uso da camisinha podem transpor essas barreiras e ser eficazes na promoção de uma imagem desejável, sedutora, da camisinha.

O consumo da camisinha

Na história do Ocidente, o aparecimento da camisinha não é um fato preciso. Fala-se da sua presença no Egito antigo² e na Roma antiga³. Sua primeira descrição escrita data de 1564, quando o italiano Fallopio disse que um envoltório de linho usado sobre o pênis durante o ato sexual impediria a disseminação de doenças. A própria origem da palavra condom⁴ é desconhecida, existindo sobre ela algumas versões (Schiavo, 1996).

Angus McLaren (1997) observa que os preservativos no século XVII eram fabricados de bexiga de animais ou de peles finas. Acrescenta que no século XIX, com o processo de vulcanização da borracha, o preservativo passa a ser produzido em maior quantidade. Mas, mesmo sendo lavado, seco e reutilizado, era considerado de alto custo para as classes baixas, tendo sua utilização limitada. Na década de trinta do século XX, o preservativo passa a ser produzido em látex, material mais confortável que a borracha.

Conforme ressalta o autor, o certo é que seu aparecimento esteve muito mais ligado às doenças sexualmente transmissíveis que à contracepção. Esta, na sua maior parte, ficava a cargo das mulheres que faziam uso, no final do séc. XVII, de esponja e tampões. Odiado por uns e amado por outros, o preservativo, identificado com práticas libertinas, doenças sexualmente transmissíveis e prostituição, teve seu acesso limitado nas relações entre casados. Aliado à simbologia da perversão, o fato de existir uma certa unanimidade de que a contracepção ficasse a cargo das mulheres, corroborava tal impedimento⁵.

Durante a Primeira Guerra Mundial, a camisinha se popularizou com a função de prevenção das doenças venéreas. McLaren reitera que sua associação à prostituição, por oposição ao casamento, ficava assim confirmada. Na verdade, os métodos masculinos de contracepção, já pouco adotados, iam sendo suplantados pelos métodos femininos. O advento da pílula, e do DIU (Dispositivo Intra-Uterino), intensificou esse processo⁶.

² “Fragmentos de arte egípcia antiga, apresentando homens com um envoltório sobre o pênis, parecem ilustrar o uso do preservativo” (Schiavo, 1997, p.10).

³ Grande parte dos historiadores acreditam que os soldados Romanos foram os primeiros a usar o Condom. Quando confraternizavam com as mulheres do local em longas marchas fora de Roma, os soldados usavam tripa de intestino de ovelha como revestimento para se protegerem contra doenças, a mais notória das quais era a ‘Erupção do Monte Vesúvio’. History of the condom, Condom country catalog, <http://www.condom.com/> (10/08/97).

⁴ A versão mais aceita internacionalmente diz que ela teria originado do vocábulo latino *condus*, que significa *receptáculo*. Por sua vez, acredita-se em uma derivação do persa *kendu* ou *kondu*, cujo significado literal é *vaso comprido de armazenamento, feito do intestino de um animal*. A versão mais famosa, no entanto, é a que se refere a um célebre ‘Doutor Condom’, médico do século XVII que teria fornecido esse método ao então Rei Carlos II, da Inglaterra. (Schiavo, 1997, p.11).

⁵ Annie Besant, a primeira defensora da contracepção, que se referia ao preservativo como 'usado por homens de caráter dissoluto como prevenção para as doenças sifilíticas e recomendado ocasionalmente como anteparo preventivo' preferia claramente que a mulher retivesse o controle usando a esponja. O pressuposto, pelo menos entre a classe trabalhadora, era o de que o planejamento familiar devia manter-se como responsabilidade da mulher. (McLaren, 1997, p.230).

⁶ Na década de 80, cerca de 90% dos casais casados na maioria dos países ocidentais empregavam contraceptivos. Num levantamento internacional dos utilizadores de contraceptivos, verificou-se que 33% tinham sido esterelizados, 20% empregavam o contraceptivo oral, 15% o DIU e 10% o preservativo. (McLaren, 1997, p.285).

⁷ Vale conferir dois sites: <http://www.condomania.com> e <http://www.durex.com>

O surgimento da Aids, na década de oitenta, fez com que a camisinha fosse bastante requisitada, principalmente entre os jovens solteiros. Ela

conseguiu uma divulgação estrondosa na mídia. Atualmente, fala-se da “geração camisinha”, aquela que desenvolveu sua sexualidade sob a ameaça da Aids. A camisinha é o centro de atenções de sexólogos e psicólogos que, nas colunas de jornais, pregam insistentemente seu uso, principalmente pelos adolescentes, que, aliás, já têm camisinha sob medida. Ela é tema de música, objeto apropriado por designer para suas criações, vendida como coca-cola ou chiclete nas máquinas conhecidas como vending machine, e já pode ser comprada em diversos sabores e cores. Informações sobre ela podem ser encontradas em descontraídos sites na internet⁷. Já virou até selo. Enfim, ela está abundantemente presente nos meios de comunicação, gerando as mais variadas discussões. Mas, por trás dessa aparente visibilidade, permanecem atribuições contraditórias de sentido e valor a esse objeto. Apesar de ter sua capacidade preventiva reconhecida, não há uma correspondência direta entre esse reconhecimento e a prática efetiva de seu uso.

Isso pode ser demonstrado por pesquisas realizadas no Brasil. Um estudo, citado por Schiavo (1997), realizado com homens na faixa etária entre 18 e trinta anos, nas categorias de estudantes universitários, bancários e operários, demonstrou que, dos 75% de entrevistados que tinham mantido relações sexuais nos trinta dias anteriores à pesquisa, cerca de 29,8% relataram o uso do preservativo.

Dentre essas categorias, o uso do preservativo, como a principal medida de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids, apareceu primeiro entre os operários, seguidos dos bancários e, finalmente, entre os estudantes universitários. Este dado, segundo o autor, “talvez possa ser explicado pelo fato de que são os operários que recorrem com mais freqüência aos serviços de trabalhadoras sexuais, o que justificaria um uso mais consistente da camisinha” (p.26). Não ser promíscuo e conhecer bem a parceira foram relatados também como meio de prevenção predominante entre os bancários, sendo bem menos referida pelos operários da construção civil (Schiavo, 1997).

Em relação à “imagem pública da camisinha”, ela permanece associada a comportamentos sexuais percebidos como promíscuos, irregulares ou desviantes. Já as razões alegadas para seu não uso aparecem como “ter confiança no parceiro”; “ter parceiro fixo”; “não sentir-se à vontade para usá-la”; “não sentir vontade de usá-la”; “estar usando outro método anticoncepcional”; “esquecer de comprá-la ou não tê-la no momento em que ocorre a relação” (Schiavo, 1997, p.32).

Alguns textos publicados no jornal Folha de S.Paulo entre os anos 1995 e 1998, que tratam das dificuldades e barreiras em relação ao uso da camisinha, são ilustrativos:

Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada este ano pela ONG (Organização Não-Governamental) Bemfam (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil) em 800 municípios do Brasil, ouviu



12.612 mulheres de 15 a 49 anos e 2.949 homens de 15 a 59 anos...
Entre os homens, só 4,4% usam camisinha.
(Folha de S. Paulo, 08/10/96)

A vida íntima de 1.900 homossexuais e bissexuais está sendo rastreada por quatro projetos em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. O objetivo é conhecer suas práticas sexuais, saber como se comportam, como pegam o vírus HIV e o que fazem para evitá-lo...Três dos projetos já completaram dois anos. As conclusões preliminares revelam uma espécie de 'roleta-russa' da Aids. Treze participantes pegaram o HIV. A maioria relatou ter se exposto a risco, como a penetração anal sem camisinha e com parceiro desconhecido. Em alguns casos, no entanto, as pessoas disseram ter se descuidado uma vez. Em São Paulo, dois dos três voluntários que pegaram HIV eram cautelosos e tinham parceiros estáveis. No grupo que não se infectou quase 99% deles são voluntários que tiveram relações desprotegidas com inúmeros parceiros desconhecidos. Cerca de 6% deles disseram ter tido mais de 21 parceiros em seis meses. (Folha de S. Paulo, 28/11/96)

A "pílula 24h" está causando uma corrida aos consultórios de infectologistas paulistas. Pessoas que mantêm relações sexuais sem camisinha estão procurando seus médicos na manhã seguinte querendo tomar o coquetel anti-Aids para evitar a contaminação.
(Folha de S. Paulo, 03/07/97)

Segundo dados da Secretaria da Saúde de São Paulo, adolescentes de 13 a 19 anos só usam camisinha quando têm relações instáveis. Quando têm namorado ou estão apaixonados, eles dispensam o preservativo, revela a secretaria. (Folha de S. Paulo, 05/08/96)

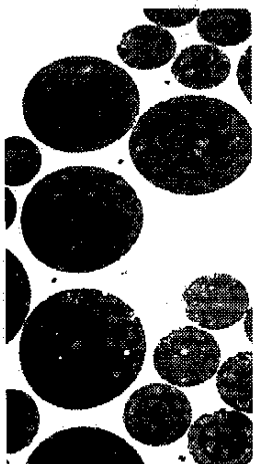
Pesquisa do governo de São Paulo revela que 40% das mulheres que contraíram Aids em relações heterossexuais têm parceiro fixo. (Folha de S. Paulo, 08/03/95)

Apesar de novos, os adolescentes da geração Aids têm muita informação sobre sexo. Nas entrevistas, eles se apressam em dizer que usam camisinha, que já foram ao ginecologista e respondem sobre sexo oral ou anal sem titubear. Segundo as pedagogas, apesar de dominarem o vocabulário, os adolescentes usam pouco as informações na hora do ato sexual. A orientadora educacional de sétima e oitava séries do Colégio Augusto Laranja, Áurea de Oliveira Lima, diz que os medos e tabus acabam contando mais do que as informações no momento da 'transa'. (Folha de S. Paulo, 25/05/97)

Perdi a virgindade há apenas uma semana, com camisinha. Agora, só vamos usar quando der tempo de colocar, senão, tudo bem. Confiamos um no outro, e o teste de Aids que fizemos deu negativo. Sei que se ele me chifrar, vai usar camisinha com a outra. Paula Orsi Cruz, 18 (Folha de S. Paulo, 12/05/97)

O novo padrão das vítimas da Aids é de mulheres cada vez mais jovens contaminadas por seus parceiros. Muitas delas monogâmicas, mas vítimas dos companheiros promíscuos. (Folha de S. Paulo, 07/03/98)

É cada vez maior o número de adolescentes grávidas e contaminadas pelo HIV. O aumento de casos de Aids entre adolescentes é, na verdade, um problema mundial. Tanto que o foco da campanha Anti-Aids deste ano a UNAIDS (Setor das Nações Unidas que trabalha com a Aids) são os jovens. Segundo a ONU, das 30 milhões de pessoas vivas infectadas pelo HIV no mundo, pelo menos um terço tem entre 10 e 24 anos.
(Folha de S. Paulo, 03/05/98)



Mas, que sentido é este que envolve a prática do uso da camisinha em uma teia de contradições, relutâncias e desconfianças? Como compreender que seja tão restrito um uso que responde a uma necessidade de prevenção de doenças e, por que não dizer, de preservação da vida?

Essas indagações levam a uma reflexão a partir de duas importantes questões: primeiro, a necessidade de atribuir-se a esse objeto valores que ultrapassem sua mera funcionalidade, reconhecendo o papel que as instâncias simbólica e imaginária desempenham na prática de seu uso. Segundo, é fundamental atentar para o fato de que o que se constitui como uma das barreiras, talvez a mais importante, ao uso da camisinha é o sentido ainda marginal que ela encarna. Acredita-se que essas questões podem ser mais bem compreendidas a partir da elaboração teórica de Marshall Sahlins (1979), que desenvolve a idéia de cultura como dimensão simbólica da vida humana, e de Castoriadis (1982), que explora a dimensão social do imaginário.

Uma significação marginal

Quando faz uma crítica à idéia de que as culturas humanas são formuladas a partir da atividade prática e do interesse utilitário, Marshall Sahlins (1979, p.227), afirma que

nenhuma forma cultural pode ser interpretada a partir de um grupo de 'forças materiais', como se o cultural fosse a variável dependente de uma inevitável lógica prática (...) nenhuma explicação funcional por si só é suficiente, já que o valor funcional é sempre relativo a um esquema cultural.

Tomando como base a afirmação do autor, pode-se acrescentar que uma lógica funcional tem como referencial o mundo destinado a produzir objetos, satisfazer as necessidades primárias dos homens e assegurar sua sobrevivência. Na lógica funcional, esse mundo constitui-se, portanto, como hierarquicamente definidor das instâncias "ideais" ou, como se pode chamá-las, simbólicas e imaginárias.

Ao se atentar para o fato de que os homens sobrevivem, mas sobrevivem de formas diferentes, a relação produção e satisfação de necessidade passa a estar estruturada por algo que não se dá a partir de uma lógica "da razão prática", mas de um universo simbólico que faz do mundo dos homens um mundo de significação. Assim, a hierarquia inicialmente estabelecida, na qual o mundo material determina o mundo ideal, deixa de ter sentido.

Tendo como referência essas reflexões, ao se tomar a camisinha como um objeto (produto) que simplesmente tem como função definida a satisfação de determinadas necessidades, como a contracepção e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, está-se definindo essa relação a partir de uma lógica utilitária ou funcional. Mas, ao se buscar compreender essa relação para além de um encadeamento sem falhas entre meios e fins, leva-se em conta a presença de uma instância – não redutível a um esquema funcional/utilitário –, que é a dimensão simbólica da vida humana.

Se, de fato, a prática do uso da camisinha faz parte de um sistema cultural, portanto simbólico, está permanentemente regida por um sistema de significação cultural do objeto. E, como lembra Sahlins (1979), “nenhum objeto, nenhuma coisa é ou tem movimento na sociedade humana, exceto pela significação que os homens lhe atribuem” (p.189).

Essas questões podem ser ampliadas com Castoriadis (1982), quando mostra como o mundo social-histórico se entrelaça com o simbólico. Os atos sejam

reais, individuais ou coletivos – o trabalho, o consumo, a guerra, o amor, a natalidade – os inumeráveis produtos materiais sem os quais nenhuma sociedade poderia viver um só momento, não são (nem sempre, não diretamente) símbolos. Mas uns e outros são impossíveis fora de uma rede simbólica (p.142).

Da mesma maneira que o componente racional/funcional é questionado como dominante da experiência humana por um esquema simbólico (captar o simbolismo de uma sociedade é captar as significações que esta carrega), este não esgota as possibilidades humanas, pois subsiste aí, de acordo com o autor, um componente essencial que é o imaginário. Trazendo essas reflexões para o que interessa – as significações do uso da camisinha –, pode-se dizer que em torno de um núcleo funcional (a camisinha tem a função de prevenção), cristalizam-se sentidos não racionais, ou imaginários. Portanto, as campanhas publicitárias de prevenção da Aids, que trabalham apenas com apelos racionais utilitários, desconsideram que a camisinha, apesar de ter uma função de prevenção, carrega uma significação outra pela qual as pessoas podem ser reconhecidas como “infieis”, promíscuas ou doentes. Estes sentidos só existem em relação ao modelo de comportamento dominante, que rege a prática sexual e a reprodução humana, que é a monogamia⁸. Este modelo não se organiza somente na ordem do funcional, do simbólico, mas também do imaginário. Isto quer dizer, de acordo com Castoriadis, que o mundo social-histórico se articula em função de um sistema de significações que são “imaginárias”.

Desse modo, é como contraponto de um modelo monogâmico que a camisinha ganha uma significação “marginal”. Nesse modelo, a fidelidade dos cônjuges é exigida, a multiplicidade de parceiros é condenada. Como coloca Adam Phillips (1997), “na verdade contrastamos a monogamia não com a bigamia ou com a poligamia, mas com a infidelidade, porque se trata de nossa religião secular” (p.10). De acordo com o autor, a infidelidade é o problema que é porque assumimos a monogamia como algo indiscutível.

O uso da camisinha questiona esse modelo, traz à tona o subterrâneo, o que escapa ao discurso instituído sobre as formas das relações sexuais. “Nem todo mundo acredita na monogamia, mas todos vivem como se acreditassem. Todos têm consciência de estar mentindo ou querendo dizer a verdade quando estão em jogo a verdade e a lealdade ou a fidelidade” (Phillips, 1997, p.01).

Mas novos sentidos emergem e ganham força. E esses sentidos positivos vêm ganhando corpo em correspondência à fragilização da monogamia

⁸ Na mesma perspectiva das reflexões de Castoriadis, faz-se, aqui, referência à monogamia como uma instituição que remete a um “sentido organizador” de atos relativos à prática sexual, e “que faz levantar no meio do campo do possível a marcha que separa o lícito do ilícito, que cria um valor” (McLaren, 1997, p.186). Ela organiza, enfim, um sistema de significações, dando à prática do uso da camisinha determinados significados.

instituída como modelo inquestionável, um processo que se intensificou com o advento da Aids. A doença trouxe à tona – e a mídia teve um papel preponderante nesse processo – o fato de que pessoas que acreditavam viver uma relação monogâmica estavam sendo contaminadas pelo vírus da Aids via relação sexual. As campanhas começaram a abordar a questão por meio do discurso da possibilidade da multiplicidade de parceiros⁹; assim também o fizeram jornais, revistas e publicações de organizações que trabalham com a questão da Aids. Comportamentos que antes permaneciam na sombra, e dos quais pouco se falava, agora têm que ser encarados como reais e presentes. A significação marginal da camisinha, então, acompanha essas mudanças e vai incorporando outros significados. Ela está passando a significar a possibilidade de diálogo e de discussões abertas, em todas as formas de relações que impliquem envolvimento sexual. Não se pode dizer, ainda, que seja um sentido dominante, mas é inquestionável que permeia o comportamento de vários grupos sociais.

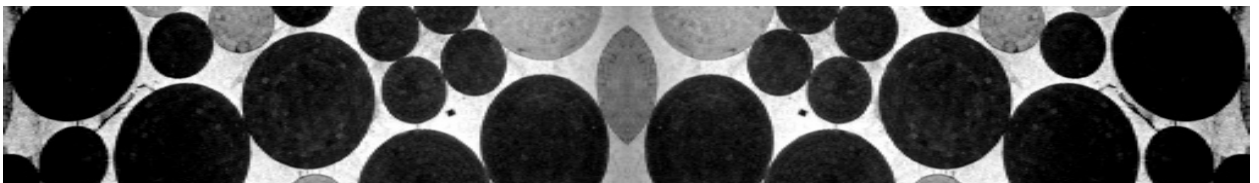
⁹ O tema da multiplicidade de parceiros foi abertamente abordado em campanhas como a do “Bráulio” (“...se você transa um dia com uma um dia com outra tem que usar a camisinha”); campanha da MTV veiculada em 1997 (“...você pode transar com quantas pessoas você quiser, quantas tiver vontade, mas a camisinha tem que estar sempre à mão”); ou a campanha do Grupo de Apoio e Prevenção à Aids da Bahia, veiculada em 1996/97 (“...por amor a você, por amor ao seu parceiro use camisinha”).

Não se pode negar também a tendência de uma nova moral sexual, baseada em comportamentos monogâmicos e estáveis. Essa nova moral sexual distancia-se daquele modelo de comportamento sexual coercitivo porque, segundo Lipovetsky (1989), quando se privilegia a monogamia, faz-se não por uma economia monástica de autonegação, mas por um processo auto-organizador individualista. A fidelidade, de acordo com o autor, está ligada “a um desejo mais amplo de segurança e estabilidade emocional nas sociedades cada vez mais móveis, competitivas, sem orientação fixa (...). A celebração da fidelidade responde a esta civilização angustiada, introduz a continuidade onde tudo é confusão” (p.10).

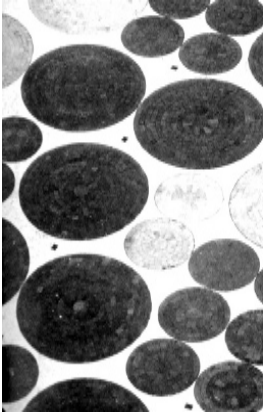
Nas malhas do lúdico

Como vimos, uma das dificuldades encontradas para se instituir o uso da camisinha é a atribuição de uma significação marginal ao objeto e essa dificuldade pode ser diluída ao se lhe atribuir qualidades que se contrapõem a essa significação inicial. A questão, então, é: como isso pode ser elaborado e ganhar expressão nas campanhas de prevenção da Aids veiculadas pela tv?

Pelas reflexões elaboradas até o momento, pode-se concluir que produzir campanhas incitando o uso da camisinha é um procedimento importante. Mas é fundamental se atentar para o fato de que uma das barreiras – talvez a mais importante – para seu uso, é o sentido ainda marginal que ela encarna. Por conseguinte, dar atribuições de sentido a esse objeto que ultrapassem o mero valor preventivo (pode-se agregar à camisinha valores como erotismo, sensualidade, segurança), é uma tarefa absolutamente necessária.



É possível falar em tornar visíveis determinados atributos da camisinha que possam conduzir a um processo de identificação do espectador com esse objeto, pela exaltação de suas qualidades e das qualidades daqueles que fazem uso dele. Maffesoli (1996) fala da força desse “instinto mimético”, que faz com que “tanto no que diz respeito à maneira de se vestir, quanto aos hábitos de linguagem, dos costumes sexuais ou até leitura ou as modas do pensamento, se esteja diante de uma seqüência de conformismos mais ou menos cambiantes” (p.180).



Ao proporem o uso da camisinha sobre o plano da morte, da dor, da tristeza –“use camisinha, assim de Aids você não morre” –, as campanhas criam um terreno propício para a rejeição. Contudo, existe a possibilidade de se envolver o negativo em uma afirmação ou compensação, pois uma imagem afirmativa “oblitera a fronteira inaceitável entre sujeito e objeto; praticamente acaba por negar que exista um exterior inassimilável ou uma alteridade radical” (Bougnoux, 1994, p.137). Uma proposta afirmativa e prazerosa – “Sexo seguro é mais gostoso” –, parece ser o modo capaz de convocar, de promover uma identificação entre espectador e produto.

O resultado de uma pesquisa realizada com adolescentes (Marinho, 1999) vem endossar essa idéia. A pesquisa buscou descrever como um determinado público acolhe diferentes apelos de um produto que tem tarefa tão espinhosa como a prevenção da Aids, pelo estímulo ao uso da camisinha. Objetivou-se, com esse procedimento, obter alguns dados que pudessem contribuir para alargar a discussão sobre a eficácia das estratégias das campanhas de prevenção da Aids, e, de modo específico, ampliar as discussões sobre a idéia de que estratégias de sedução, visando a empatia do público nas campanhas de prevenção, parecem ter um maior alcance do que estratégias de produção do medo, de evidência da morte, da restrição e da falta, mesmo tratando-se de campanhas como essas, que lutam contra a corrente de uma possível morte das pessoas contaminadas.

Foram apresentadas para os adolescentes três peças de campanhas de três diferentes instituições:

. Campanha “Bráulio” – Campanha do Ministério da Saúde, produzida pela Master, composta de quatro peças, veiculada no ano de 1995. Esta campanha aborda diálogos entre um homem e seu órgão genital, que recebeu o nome de “Bráulio”. A escolha dessa denominação para a genitália foi alvo de intensos protestos, por parte daqueles que tinham esse nome e teve, como consequência, a suspensão de sua veiculação, que só foi retomada quando fizeram modificações e a genitália passou a não ter denominação alguma. Essa polêmica gerou infindáveis matérias na mídia em geral, terminando por popularizar a campanha. Ela recebeu várias críticas de vários setores da sociedade. Foi considerada uma campanha de mau gosto, que tratava a Aids como brincadeira, e que centrou a atenção muito mais na discussão do “Bráulio” propriamente dito do que na questão da prevenção da doença.

. Campanha “Depoimentos” – Campanha do GAPA/BA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia) produzida pela Link, composta de cinco peças, veiculada no ano de 1996 e parte do ano de 1997, no Estado da Bahia. Essa campanha foi produzida como uma forma de oposição à campanha do “Bráulio”, acusada de tratar a Aids como brincadeira. A peça mostra depoimento de uma mulher soropositiva que contraiu o vírus de seu companheiro.

. Campanha de prevenção da Aids – Campanha da MTV produzida pela MTV, composta de cinco peças e veiculada no ano de 1997. Essa campanha, dirigida a adolescentes, aborda o uso da camisinha em diversas práticas sexuais – sexo entre pessoas do mesmo sexo, sexo em grupo, relações consideradas estáveis –, de forma aberta e lúdica. Diferentemente das duas anteriores, sua veiculação foi restrita ao canal da MTV, como acontece com os produtos da emissora.

De cada campanha, foi selecionada uma peça que obedeceu ao critério do tema veiculado. As peças das campanhas veiculadas na tv, de forma geral, têm três temas recorrentes: formas de contaminação via sexual e o uso da camisinha; formas de contaminação via sanguínea; e a solidariedade ao portador do vírus e doente de Aids.

Optou-se por trabalhar com peças que tivessem como tema formas de contaminação via sexual e, dentro desse tema, a peça que abordasse a multiplicidade de parceiros e o uso da camisinha. Essa escolha justifica-se pela presença deste, que pode ser chamado, sub-tema desde as primeiras campanhas – a multiplicidade de parceiros. Esse assunto foi abordado em um primeiro momento na forma de apelos à diminuição de parceiros e à fidelidade. Nas campanhas mais recentes, os apelos não são mais de restrição, mas de condicionamento desse modelo de comportamento sexual ao uso da camisinha. A título de identificação por parte do universo pesquisado, as peças foram intituladas de “Bráulio” (Ministério da Saúde), “Mulher” (GAPA/BA) e “Jovens” (MTV).

O fator considerado preponderante para a escolha de peças que abordassem a contaminação por via sexual é que o tema propiciasse a discussão da questão da instituição da monogamia e fidelidade, uma das maiores barreiras para o uso da camisinha.

O resultado da pesquisa apontou a peça “Bráulio” como a preferida entre os entrevistados, seguida da peça “Jovens” e por último “Mulher”. Foram as seguintes as respostas dos entrevistados quanto às razões que os levaram a gostar mais do “Bráulio”: por ser engraçado (39,13%); porque as pessoas aprendem a se prevenir rindo e brincando (26,09%); por incentivar a usar a camisinha (23,91%); porque inovou (13,04%); porque vai direto ao assunto (4,35%); porque conscientiza (4,35%); porque disse que “sexo seguro é sexo gostoso” (4,35%); porque é mais excitante (2,17%); porque mostra que não é complicado lidar com a Aids (2,17%); porque é mais real (2,17%); porque é fácil de ser entendido (2,17%).

Em relação à peça “Jovens”, a preferência deu-se porque: tem mais relação com os jovens (38,89%); diz que pode ter vida sexual ativa (13,89%); tem ação e mostra que para fazer sexo tem que ter responsabilidade e respeito (13,89%); incentiva a usar a camisinha (13,89%); é fácil de ser entendido (11,11%);

vai mais direto ao assunto (8,33%), conscientiza (2,78%); mostra que pode acontecer com qualquer um (2,78%).

Quanto à peça “Mulher”, a preferência se explica porque: mostra que, mesmo com o parceiro, deve usar a camisinha (17,86%); é mais real (17,86%); conscientiza (14,29 %); incentiva a usar a camisinha (10,71%); mostra que pode acontecer com qualquer um (10,71%); é fácil de ser entendido (10,71%); a pessoa assume que tem o vírus da Aids (7,14%); é mais sério (3,57%); choca mais (3,57%).

Considerando-se as justificativas das preferências das peças, é possível afirmar que motivos não racionais alcançaram, entre os adolescentes, um maior índice na preferência. Ser engraçado, ter mais relação com os jovens, ensinar a prevenir rindo e brincando foram os itens que alcançaram maiores índices na justificativa dos entrevistados e referem-se aos filmes “Bráulio” e “Jovens”. Estas peças contrastaram com a peça “Mulher” que lançou mão de apelos mais sérios, racionais, e ficou em último lugar na preferência dos adolescentes.

As peças “Bráulio” e “Jovens” guardam em comum uma estrutura discursiva, visual e sonora, caracterizada pela afirmação, pelo hedonismo, pelo ludismo e pela ação; elementos totalmente ausentes da peça “Mulher”.

Uma questão que deve ser destacada é a de que lançar mão de uma estética do lúdico, do riso, para dar forma às campanhas, não é um procedimento consensual entre instituições que trabalham com a prevenção da Aids e tampouco com o público. Uma posição que acolhe os formatos que apelam para o terror e o medo está também presente no universo do espectador.

A peça “Mulher” apresenta uma economia monástica em relação à plasticidade áudio-visual e, nas entrevistas, foi indicada como a peça que gerou medo de contágio pelo vírus da Aids, que condenou a prática de múltiplas parcerias, que associou as práticas sexuais à doença.

Os que acreditam que a utilização de elementos aterrorizantes, “sérios”, são mais eficientes para promover a conscientização e, conseqüentemente, mudança de comportamento, devem indentificar-se com a peça “Mulher”. Poder-se-ia, então, supor que a estrutura fílmica que caracteriza “Mulher” estaria mais apta a promover a conscientização do espectador e conduzi-lo ao uso efetivo da camisinha. Esse procedimento, no entanto, deixa de lado algumas questões que, ao serem negligenciadas, impõem o risco de se trilhar por caminhos inconsistentes.

A consciência da necessidade de usar a camisinha não implica que a prática de seu uso deva ocorrer, uma vez que pesquisas mostram que há uma enorme distância entre um grau avançado de conhecimento em relação à Aids e à necessidade do uso da camisinha e comportamentos que envolvam menor risco. Por terem um maior poder de atração, talvez as campanhas possam incentivar a mudança de comportamento pela via da sedução, da convocação, do estímulo dos desejos, “espírito” presente nas peças produzidas pela MTV no Brasil e que exploram o ludismo, o prazer. Nelas, a possibilidade de contato sexual nunca é negada, mas tratada de forma que ele possa ser mais interessante quando se usa a camisinha, levando em consideração um estilo hedonista que atua no campo social.

¹⁰ Um bom exemplo é um das peças de uma campanha da MTV, veiculada durante o ano de 1997, que mostra que uma mulher não submissa é aquela que exige o uso da camisinha pelo parceiro.

Trata-se, aqui, de insistir no fato de se reconhecer que o estímulo do desejo dos indivíduos pela camisinha não deve limitar-se ao seu caráter meramente preventivo. Deve-se buscar associar, à prevenção, valores socialmente reconhecidos, respeitados e desejados¹⁰, o que pode ser feito explorando um núcleo afirmativo com spots criativos e lúdicos.

Referências bibliográficas

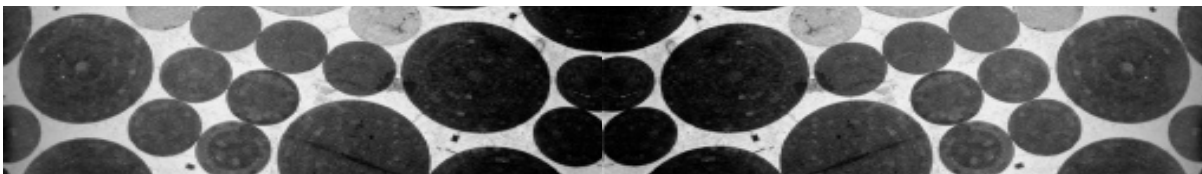
- BOUGNOUX, D. Introdução às ciências da informação e da comunicação. Trad. G. J. Freitas. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CASTORIADIS, C. A instituição imaginária da sociedade. Trad. G. Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- LIPOVETSKY, G. O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas. Trad. M. L. Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- McLAREN, A. História da contracepção: da antiguidade à actualidade. Trad. T. Perez. Lisboa: Terramar, 1997.
- MAFFESOLI, M. No fundo das aparências. Trad. B. H. Gurovitz. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MARINHO, M.B. Da ameaça à sedução: um estudo sobre as campanhas de prevenção da Aids veiculada pela televisão. Salvador, 1999. 132p. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Comunicação e Cultura Contemporâneas, Universidade Federal da Bahia
- PHILLIPS, A. Monogamia. Trad. C. Sussekind. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- SAHLINS, M. Cultura e razão prática. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SCHIAVO, R. M. Preservativo masculino: hoje mais necessário do que nunca! Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MARINHO, M.B. Entre lo funcional y lo lúdico - el condón en las campañas de prevención del SIDA, Interface _ Comunicação, Saúde, Educação, v.4 , n.6, 2000.

Este trabalho parte de la idea de la existencia de obstáculos al uso del condón. Se abordaron algunos de esos obstáculos que son las significaciones marginales como la infidelidad y la promiscuidad que el condón representa. Esas significaciones marginales fueron analizadas en relación a un modelo de comportamiento que guía la práctica sexual y la reproducción humana: la monogamia. Se enfatizó que las campañas, que tienen como tema el estímulo al uso del condón, podrían tener más eficacia si borrasen la imagen "negativa" surgida de esas significaciones, asociando, por ejemplo, el condón a placer y seguridad, mediante spots lúdicos y desembarazados.

PALABRAS CLAVE: condón; SIDA; campaña; prevención.





Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas

contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde

Emerson Elias Merhy¹

² No texto do autor, editado no livro Saúde e Democracia, organizado por Sonia M. Fleury Teixeira, editora Lemos, 1998, há um desenvolvimento mais detalhado desta discussão, na qual pode-se perceber que há uma centralidade ocupada pelo “trabalho vivo em ato” como “substância” dos processos de trabalho que acontecem neste encontro.

³ Este estudo (...) se dedica à análise de uma forma particular de existência da mesma (tecnologia), qual seja a constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde”. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Tecnologia e Organização Social da Prática de Saúde, Hucitec, 1994, p.20.

⁴ Esta classificação deve-se à centralidade que ocupa no meu conceito o trabalho vivo em ato para o olhar sobre os processos de trabalho e as suas conformações tecnológicas.

Imaginando os possíveis arranjos das valises

Para facilitar o entendimento das questões que tratarei neste texto, proponho como imagem o encontro entre o médico e um usuário, olhando-a sob a noção das valises que aquele profissional de saúde utiliza para agir neste processo de interseção². Estas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais³, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja.

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”⁴; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.

Olhando estas valises e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de trabalho, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos⁵. Por exemplo, a valise das tecnologias duras permite processar, com os seus equipamentos, imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros. Porém, para serem realizados, além do trabalho morto da máquina, estes produtos consomem o trabalho vivo de seu “operador” com seus saberes tecnológicos. Mas, de tal modo que há uma captura



¹ Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.

predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento.

A outra valise, a da cabeça, permite processar o recorte centrado no olhar do médico sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades sob uma forma particular de significá-lo. Este olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, expressando-se como trabalho morto, daí seu lado duro. Mas, nos momentos de sua concretude, no agir do médico sobre o usuário, mediante seu trabalho vivo em ato, é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar do médico vai se singularizar no ato. Porém, por mais que sofra esta “contaminação”, dando-lhe uma certa leveza pelo agir em ato do trabalho vivo do médico - que não é plenamente capturado pelo saber tecnológico bem definido, pois esta captura também é disputada pelo usuário, presente em ato neste processo -, os produtos realizados nesta situação produtiva podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro deste processo sobre o mais leve. Mas o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar o ato clínico⁶.

Esta situação incerta, da finalidade que será cumprida neste tipo de processo produtivo inscrito na valise da cabeça, contaminará a valise da mão, pois se relaciona com ela em um processo de dominância. É a partir deste terreno, o da valise da cabeça e de seus processos produtivos, que os produtos da valise da mão adquirem significados como atos de saúde. E o maior endurecimento dos processos produtivos em torno de saberes tecnológicos muito bem definidos dará uma maior ou menor interdição à possibilidade de o mundo do usuário penetrar como capturante, também, das finalidades dos processos produtivos em saúde.

Os distintos modelos de atenção variam nesta situação relacional. Mas sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias permite reconhecer, na produção dos atos de saúde, uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos, sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem neste espaço, só se realizam em ato e nas interseções do médico e do usuário. É este encontro que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado.

Entretanto, é um encontro que o médico também procura capturar. É só verificar para este momento produtivo a importância que as regras sobre a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem, para se ter noção do quanto o trabalho vivo em ato do médico também está operando sobre este espaço, tentando com a valise da cabeça, impor seu modo de significar este encontro e ampliando-a com saberes além dos da clínica do médico.



⁵ “Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo” - Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, página 18, Tecnologia e Organização Social da Prática de Saúde, Hucitec, 1994.

⁶ Esta tensa relação entre o vivo em ato do trabalho clínico e as teorias que permitem significar este encontro como entre um profissional e um usuário, é problematizada de modo muito rico por Cornelius Castoriadis, no livro Encruzilhadas do Labirinto I, Paz e Terra, em um debate sobre a Psicanálise no capítulo Psique.

Este é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, estes processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras neste espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente desta. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro espaço físico.

Este momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não perde nunca sua tensão de espaço de disputa e, mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças, mesmo interdidadas, estão operando em ato com sua presença, sempre. É neste espaço que a busca capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas, para impor “finalidades” ao trabalho vivo do médico.

A relação particular que esta valise adquire com as outras duas define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho.

As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho médico, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional.

Por exemplo, na medicina tecnológica⁷ há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito a mostrar uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, a ponto de o mesmo praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. Expressa certos procederes bem definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, sub-especializados no plano da formação da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem seus verdadeiros vínculos, mediante os quais capturam os usuários e seu mundo. Mesmo assim, não elimina a tensão constitutiva do conjunto dos atos de saúde enquanto produção do cuidado e muito menos consegue apagar o fato de que o conjunto dos procederes em saúde são situações que buscam a captura do trabalho vivo em ato, substantivamente.

O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem de construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde - uma, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de saúde, e a outra, a dimensão

⁷ Pode-se ver esta discussão sobre a medicina tecnológica sob outros ângulos em autores como Maria Cecília F. Donnangelo, no livro *Saúde e Sociedade, Duas Cidades*, 1976, Lilia Blima Schraiber, *O médico e seu trabalho*, Hucitec, 1993.



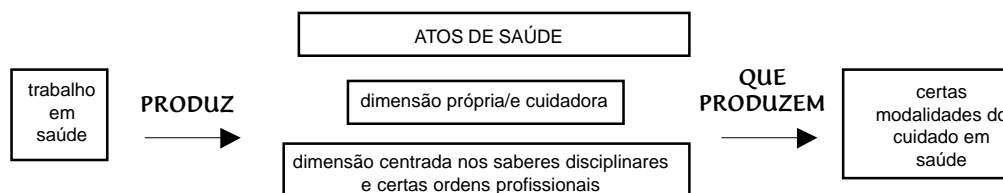
profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico -, para compor seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção. A construção destas competências é conseguida nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras.

O trabalho médico como desafio para a atual transição tecnológica comandada pelo capital financeiro

O trabalho médico, na sua intervenção, procura capturar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos saberes tecnológicos que o conforma, tentando, em um duplo movimento, tanto trazer o usuário e seu mundo para dentro do seu agir tecnológico, quanto subsumi-lo a este. No entanto, é interessante observar que, apesar deste esforço, o recorte desses processos relacionais, pelos saberes médicos não se sobrepõe plenamente ao que é pretendido pelo usuário nesta mesma relação⁸.

Este trabalho constrói projetos terapêuticos⁹ tensos, pois cobra-se dele, e também de todo o seu saber-fazer, tanto um operar a produção de uma dimensão própria do cuidar - dada pelos processos relacionais e leves do trabalho em saúde, nas suas relações próprias com os saberes tecnológicos estruturados, da valise das tecnologias leve-duras -, quanto a um outro específico do próprio ato médico, vinculado a um certo recorte do saber disciplinar, expresso por uma ordem “profissional”, composto centralmente nas relações entre aqueles saberes tecnológicos com a valise das tecnologias duras, focando a produção de procedimentos centrada no médico.

No quadro abaixo, pretende-se dar visibilidade a esta situação:

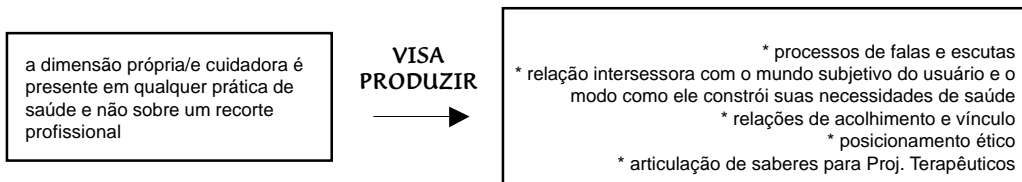


As dimensões cuidadora e “profissional específica” são territórios de práticas técnicas que se compõem em qualquer produção de atos de saúde e que vão se definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos, como campos de saberes tecnológicos, no uso das valises que constroem e lhe são disponíveis. Pode haver, inclusive, predomínio de uma sobre a outra, de tal modo que há modelos nos quais a dimensão propriamente cuidadora pode estar praticamente anulada. Como a noção do que seja a dimensão profissional é mais visível, pela própria materialidade

⁸ No texto A Perda da dimensão cuidadora..., publicado no livro O SUS em BH, Xamã, 1998, o autor trata mais detalhadamente deste tema.

⁹ O projeto terapêutico adquire um formato definido pela maneira como um certo modelo de atenção à saúde realiza o encontro entre a capacidade de produzir certas práticas de saúde e o mundo das necessidades de saúde como seu problema de ação tecnológica, incorporando-as nos seus objetos. Assim, pelos projetos terapêuticos poderá ser vista a maneira como no dia a dia os profissionais operam suas “caixas de ferramentas”, compondo e dando um certo sentido para as práticas de saúde do médico e desenhando uma certa maneira tecnológica de agir. Ver em particular coletânea citada na nota 1.

dos procedimentos, descreve-se adiante o que compõe a dimensão cuidadora, para avançar nesta reflexão:



O projeto terapêutico, produzido pela medicina tecnológica, é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. A terceira valise estará colocada em um espaço subordinado, reduzida a situações objetais entre trabalhador e usuário sob a forma de procedimentos. Os produtos vinculados à realização da dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos e, assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo.

Nesta modalidade, os processos de trabalho são cada vez mais ordenados por uma redução dos núcleos de competência às capacidades de produção de modos bem estruturados de atos de saúde, enquanto procedimentos, que não deixam mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador. A redução e endurecimento das caixas de ferramentas tecnológicas, para a garantia de procedimentos focais cada vez mais restritos e válidos em si mesmos, tornam-se um



STEVE HIET, fotografia.

martírio e ao mesmo tempo um êxito do exercício do trabalho médico. Esta modelagem hegemônica de tal modo, como conformação do trabalho em saúde em geral nas nossas sociedades, que se faz presente no conjunto dos processos produtivos do setor. Inclusive no campo das ações de saúde pública. A dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico.

A terceira valise, das tecnologias leves, foi subsumida nesse processo por uma relação privilegiada das outras duas, e o trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos. Sua capacidade de gerir o cuidado fica restrita ao comando de unidades de produção de procedimentos médicos. Mas, as lógicas que pedem as ações tecnológicas daquela terceira valise estão ali, tensamente, pressionando o predominante “núcleo profissional” por um “propriamente cuidador”, mais abrangente.

Esta modelagem é possível de ser assumida por uma lógica de produção capitalista que vê na parceria entre os serviços da medicina tecnológica (com

seus equipamentos e saberes focais bem estruturados) e o capital industrial um produtivo terreno de investimento e de acumulação, tanto no plano dos serviços empresariais da saúde, quanto no das indústrias de equipamentos e medicamentos¹⁰. Porém, os projetos terapêuticos assim compostos expressam uma conformação que torna este modo de produzir o cuidado pelo trabalho médico paradoxal em termos de conquista de seus resultados. Carregam em si uma real dificuldade de controlar os custos monetários na sua forma de incorporar tecnologias, além de promoverem uma perda da eficácia global do conjunto das práticas de saúde, mesmo podendo, paradoxalmente, ganhá-la em termos focais. A microdecisão do médico combina-se interessadamente com as necessárias microdecisões que o capital pretende com seus atos produtivos.

Sob este modelo, as situações mais comuns que podem expressar suas tensões são, de um lado, a busca permanente no plano do discurso de um perfil profissional mais generalista - fato que nunca se realizará -, e de outro, a perseguição incessante de modalidades de baixo custo para a produção dos atos de saúde que, ao não romperem com a base desta modalidade de produção, acabam sempre em uma ação de mudança na conservação, não estabelecendo de fato um novo compromisso com a eficácia e efetividade, em torno das necessidades dos usuários, mas sim com modalidades simplificadas consumidoras de menos tecnologias duras ou endurecidas. E, por último, um movimento consumista do usuário, como que para compensar a baixa efetividade do mesmo.

Um dos indicadores da crise que o modelo da medicina tecnológica vem vivenciando é o fato de que há parcelas do próprio capital procurando investir no setor saúde, não vinculadas à parceria entre a “medicina tecnológica” e os complexos industriais¹¹, explorando uma possível ruptura tecnológica¹² que as valises possam conter internamente e entre si, na formação de uma relação distinta entre a competência cuidadora e a profissional centrada. As modalidades do capital que apostam em uma outra modelagem para o trabalho médico procuram, pelas tecnologias específicas, capturar a microdecisão clínica por uma gerencial, mantendo a natureza própria do território produtivo da saúde.

A disputa interna entre interesses capitalistas diferentes no setor saúde mostra bem este processo. É possível ver uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva do setor, capitaneada pelo capital financeiro interessado na capacidade lucrativa do setor saúde. E nesta disputa aparece, como situação tecnológica emergente, a possibilidade de um novo lugar a ser ocupado pela valise das tecnologias leves, no interior dos processos de trabalho médico, reorientando as relações entre os núcleos de competência para a produção dos atos de saúde. Há uma transição tecnológica colocada pelo lado do próprio capital, como se setores “neoliberais” articulados a projetos distintos brigassem entre si por fatias do processo de acumulação da área da saúde. Para o capital financeiro, que entra na disputa atual pela distribuição das atividades lucrativas, no setor saúde, é fatal atuar dentro de um modelo de novo tipo que controle os custos dos projetos terapêuticos, dado vital para ele, procurando não “jogar a criança com a água do banho”, isto é, sem perder certas competências e identidades, enquanto ação de saúde.

¹⁰ Em autoras como Lilia Blima Schraiber, O médico e seu trabalho, Hucitec, 1993, e Cristina Possas, Saúde e trabalho, Graal, 1981, podemos encontrar referências mais aprofundadas sobre este tema.

¹¹ Este movimento do capital em torno de novas linhas de acumulação tem se refletido nos processos de reestruturação produtiva e de sua hegemonização pelo capital financeiro em todas as frentes da produção econômica na sociedade atual.

¹² Considero “ruptura tecnológica” quando há uma nova configuração tecnológica para a produção do cuidado em saúde, de tal modo que o objeto das ações de saúde e suas finalidades colocam-se como qualidades distintas das configurações anteriores.

¹³ Os textos produzidos pelo grupo de investigadores do projeto Atenção Gerenciada na América Latina, do qual o autor participa, mostram extensivamente estas questões. Ver, como exemplo, tese de doutoramento de Celia B. Iriart - Atenção Gerenciada. Instituinte da reforma neoliberal, defendida em março de 1999, junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.

O capital financeiro ao entrar via seguradoras¹³, de forma maciça, vai buscar respaldo em um novo arranjo tecnológico entre as valises: em particular entre as tecnologias leve-duras e leves, inclusive enriquecendo-as, procurando colocar uma certa leveza no campo das leve-duras e uma certa dureza nas leves, que permitam construir uma gestão de um cuidado individual a partir da noção de “acidentalidade” (sinistro) em saúde e das possibilidades de seu controle ou, pelo menos, minimização. Vai buscar ferramentas do campo de ação da saúde pública, da administração dos serviços de saúde, para ampliar a valise dos processos relacionais para além da relação médico-paciente. Produz valises para o médico que, na mistura daquelas duas, passam a contar com: saberes clínicos que possibilitam a construção de projetos terapêuticos integralizados, não por “somação”; saberes da economia e saúde que permitem realizar uma gestão do cuidado de custo controlável; vários projetos tecnológicos de intervenção na prevenção de riscos ou de seus controles, com uma certa forma de incorporação da epidemiologia e seus modos de fazer ações de saúde.

Busca, antes de tudo, ampliar o papel da dimensão cuidadora sobre as profissionais no conjunto de suas ações, dando um lugar estratégico para os processos de gestão do cuidado como mecanismo de incorporação de procedimentos, além da geração de produtos típicos dos atos cuidadores centrados. Isto se expressa no aumento da presença de projetos, como home-care, adscrição de clientela, entre outros. Inaugura uma busca, tensa, de captura da microdecisão médica sobre seu ato por uma microdecisão gerencial, ou burocrático-administrativa, colocada e comandada pelo capital (segurador) financeiro.

Este processo expressa também um período de grandes mudanças na organização das atividades produtivas, como o que se vive hoje no conjunto das sociedades. Seja porque razão for - ou pela entrada de novas tecnologias nas linhas de produção, que do meu ponto de vista não é um argumento suficiente para entender o que vem ocorrendo, ou mesmo pela consagração de uma certa modalidade de processo acumulativo de capital que é cada vez mais trabalho vivo em ato intensivo e, em contrapartida, dependente de tecnologias poupadoras de postos de trabalho, ou, então, por ambas as razões -, a totalidade dos processos produtivos vem expressando uma efetiva transição tecnológica.

Os seguros abrem-se, tomando para si a enorme fatia de mobilização de recursos de capital pelo mundo, que o setor saúde promove. O desenvolvimento da Atenção Gerenciada (Managed Care) nos anos oitenta, nos EUA, e no final dos noventa na América Latina, tem expressado este movimento do capital financeiro de forma maciça para o setor saúde. O impacto deste processo no setor, como reestruturação produtiva e transição tecnológica, está ainda por se fazer compreender de maneira mais completa, mas vem sendo objeto de alguns estudos já citados anteriormente e já permite, no espírito deste texto, indicar que tanto o mercado de trabalho vem sofrendo alterações significativas, quanto o território tecnológico da saúde vem sendo ocupado por novos saberes e práticas. Postos de trabalho para os médicos desaparecem, em particular para os especialistas. Novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, novas competências profissionais vão sendo demandadas.

Concluindo

Com este texto está se afirmando que a reestruturação produtiva do setor saúde coloca em jogo os arranjos entre as valises e os núcleos de competência, levando em consideração que as tentativas de captura não são apenas do capital ou dos interesses a ele referidos podendo gerar uma tensão transformadora no trabalho médico, ao procurarem realizar uma captura do trabalho vivo em ato, dos trabalhadores de saúde em geral e do médico em particular. Essas tentativas realizam-se sob formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bem definidos, que procuram tornar este ato um encontro de vários interesses sociais sob a forma das necessidades de saúde, expressando os interesses de diferentes tipos de capitais, liberais, industriais monopolistas ou financeiros, ou mesmo blocos governamentais específicos - com as políticas públicas no âmbito do Estado - ou, ainda, de certos “agrupamentos” sociais que as representam como um direito e um bem público.

As diferentes capturas, aqui mostradas mais sob a ótica do capital, em sociedades como a brasileira, apresentam-se de modo múltiplo e desigual-combinado, complexificando-se pela presença de outros interesses que podem fortalecer certas modelagens em relação a outras. A transição tecnológica a que hoje se assiste parece apontar para uma combinação na ótica do capital entre um médico, ou profissional de saúde, cuidador restrito, que se articula com um outro “centrado em certos procedimentos profissionais”, com competência focal bem definida. Esta modalidade não parece ter capacidade de dar conta do tenso campo dos processos de trabalho em saúde, colocando-se permanentemente sob o foco de ações transformadoras por forças que são interdidas.

Este processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera esta transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário. A lógica acumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo da saúde, seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isto custe a própria vida do usuário. Mesmo que processe uma outra relação entre a dimensão cuidadora e a profissional específica, o que mostra uma potência reestruturante do trabalho médico, não vai esta transformação na direção das perspectivas de captura que o usuário pretende do trabalho vivo em ato em saúde: o de ser um dispositivo que lhe permita manter sua autonomia, ou recuperar graus desta autonomia, no seu modo de andar sua vida.

Sob a ótica do trabalho médico, como de qualquer trabalho em saúde, uma outra tensão também opera como instituinte, nesta situação, expressa pela combinação entre a lógica de captura do trabalho vivo em ato versus autonomia de seu exercício¹⁴.

Essas tensões operam como potências de novas transformações, impondo-se como desafios a serem enfrentados para quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia a serviço da defesa da vida individual e coletiva.

¹⁴ Fato claramente apontado por Campos com sua produção, desde os seus primeiros estudos sobre os médicos e as políticas de saúde. Ver em particular Reforma da Reforma, Hucitec, 1992, de Gastão W. de Souza Campos.

Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?

José Ricardo de C. M. Ayres¹

O ensaio de Emerson Elias Merhy é cheio do vigor que caracteriza todos os seus escritos. Impressiona de pronto pelo compromisso político, pelo empenho na defesa da saúde pública e pela constante preocupação de mediar esse compromisso e empenho pela força construtiva dos conceitos.

Com efeito, a busca de apoio de aspirações éticas e políticas em uma base conceitual sólida as faz transcender a posição de simples “posições pessoais”. A crítica mediada pelo conceito, na sua substantiva necessidade de validação livre e pública, nos obriga a abandonar a autonomia das convicções íntimas e a auto-suficiência da competência retórica em favor de uma argumentação “com-preensível” e “com-partilhável” com vistas à construção da Vida Boa.

É nesse recurso à força “solidarizante” do conceito que percebo a maior riqueza do ensaio de Merhy, embora a exploração de toda a potencialidade desse intento exija que não nos restrinjamos ao texto aqui apresentado. O autor, nos limites impostos pela natureza da publicação, apenas acena com construções mais plenamente desenvolvidas em outros trabalhos seus. De qualquer forma, é clara sua proposição teórica e acurado o diagnóstico que traça. A tipologia que aplica à tecnologia reitera e renova o valor da Teoria do Processo de Trabalho na compreensão das práticas de saúde. Ao mesmo tempo, ao propor o caminho percorrendo-o, Merhy denuncia por meio desta tipologia um processo de reestruturação de modelos assistenciais que podem reforçar a colonização das práticas de saúde por uma lógica eminentemente economicista. Há, conforme o autor, um certo retorno à “tecnologia leve” que, a par de seus potenciais benefícios, coloca-a a serviço da otimização do uso da tecnologia dura, servindo primordialmente à regulação da demanda e do acesso a esta última. Essa “transição tecnológica” insere o setor saúde numa “reengenharia” global dos sistemas produtivos, que se orienta, fundamentalmente, pela rentabilidade do capital como um valor em si mesmo.

Porém, mais que elaborar uma negação crítica, Merhy avança para uma atitude positiva, propositiva mesmo. Aponta para o “cuidado” como dimensão redentora da presença propriamente humana nos modelos assistenciais, o que é essencial para a resistência ao seu controle economicista. Estou aqui de pleno acordo com o autor. A noção de cuidado,



¹Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, USP.

na proporção de sua preocupação com a *promoção do bem-estar*, para além da *correção de distúrbios*, pode carrear, para a assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações. Na qualidade de portador de um problema a ser resolvido, qualquer indivíduo é, de fato, objeto de técnicos da saúde, e deve ser mesmo. Porém, como aspirante ao bem-estar, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo o poder de juízo sobre suas necessidades. Esse objeto “não objetual” do cuidado chama o mais rentável a perseguir o mais necessitado, e não o contrário. A abertura trazida por um verdadeiro outro - não um objeto do sujeito técnico, mas outro verdadeiro sujeito na relação terapêutica - subordina uma “eco-nomia” da assistência a uma “eco-logia” da saúde. Como defende Merhy, é do “outro-do-cuidador”, esse objeto-sujeito que inexoravelmente participa do momento assistencial, que pode surgir a demanda por arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.

Estando de acordo com o mais substantivo no diagnóstico das potenciais implicações práticas da “transição tecnológica” em curso no setor saúde, o aspecto que mais me provoca na discussão de Merhy é da ordem dos conceitos, na sua condição a que me referia acima, de construtor de caminhos compartilhados para a vida boa, a saúde boa no caso. Minha questão refere-se à pertinência de tratar “o espaço relacional trabalhador-usuário” como tecnologia, ainda que adjetivada de tecnologia *leve*.

Confesso não estar totalmente seguro de que minha objeção a esse uso conceitual tenha de fato relevância prática. Lembro-me, que, nos idos dos setenta, travou-se um acirrado debate sobre o caráter produtivo ou não do trabalho em saúde, e fico me perguntando hoje, com o benefício do tempo, claro, sobre a importância que teve esse debate para a efetiva melhoria da saúde das pessoas. Temo incorrer no mesmo vício acadêmico de buscar um rigor conceitual de pouco ou nenhum significado pragmático. Mas deixando também à apreciação de Merhy a pertinência da questão, vou me aventurar a formular o problema nos termos de um “obstáculo de linguagem”, mais do que de alguma impropriedade teórica.

No Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, de Lalande (1993), tecnologia é o termo que, por metonímia, vem frequentemente substituir o termo técnica, o qual designa o “conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis... São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos” (Lalande, 1993, p.1109). Há mais dois sentidos para técnica em Lalande, ambos apoiados nesse núcleo significativo básico, de um conjunto de procedimentos universais, com vistas a finalidades específicas, transmitidas por meio de aprendizado.

Ora, a idéia de “procedimentos bem definidos” e “destinados a produzir certos resultados” já não implica um certo “fechamento” de meios e fins, contrário à idéia de emancipação do usuário como sujeito da sua assistência? Em outros termos, será possível preservar o sentido forte de “espaço relacional” quando se fala do uso de “procedimentos bem definidos” visando “certos resultados”?

Que há um saber que opera num plano mais particularizado do “trabalho vivo em ato”, acho que isso é verdade até mesmo para quem lida apenas com

maquinários, o que dizer quando se trata de lidar com seres humanos, seus mundos, suas necessidades. Mas, nesse sentido, o conteúdo da “valise leve” não se distinguiria do que traz o médico nas suas outras “valises”, senão no *grau de mediação entre seu conteúdo de universalidade e sua aplicação concreta*. Diferença de grau, não de natureza. Todos seriam um saber fazer, que trata o *caso* como particularidade de certas relações meio-fins universalmente estabelecidas e transmitidas. A diferença é que quanto mais se caminha do leve ao duro mais universalidade está se cobrando, e vice-versa, quanto mais nos dirigimos ao ato assistencial, maior particularização será cobrada de um saber técnico. “Objetividade”, sempre. Em qualquer situação, o gesto de “abrir a valise” e retirar instrumentos já dados se repetirá.

O ponto a que quero chegar é que, tendo já partido da concordância com Merhy, de que o momento assistencial tem um enorme potencial para subverter o paroxismo “objetificador” das pessoas nas práticas de saúde (Ayres, 1994), não me parece ser o *grau* de “leveza” da tecnologia a maior responsável por essa força subversiva. Com certeza inspirado na análise crítica de Gadamer (1996) à “objetificação” do fato humano pela tecnociência, tendo a achar que aqui se trata de uma questão bastante próxima. Parece-me que a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que *extrapola o tecnológico*. Apoiar-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a. Estabelece-se a partir e em torno dos universais que ela carrega, mas cobra-lhe os limites. A co-presença “carnal” de um assistente e de um assistido põe inexoravelmente em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Não é da *theoría* nem da *poíesis* que se trata, portanto, mas da *práxis*, ou atividade prática.

É de outro tipo de saber que penso tratar-se quando percebemos a possibilidade de mudança, de alteridade, de plena presença do outro no ato assistencial. Refiro-me à *phrónesis*, ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas *realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo*.

Insisto, contudo, que de nada valerá essa arriscada incursão de um médico à filosofia aristotélica se não houver uma boa razão para o fazer. Faz diferença atribuir o poder subjetivador do momento assistencial a um saber técnico ou a um saber prático? Esta é, certamente, a pergunta mais relevante.

A mim, apesar da imaturidade de minhas reflexões a esse respeito, parece que sim, faz diferença. Vejo esta diferença no tipo de “que fazer” implicado em um ou outro modo de formular e, conseqüentemente, responder à questão. No primeiro caso, corre-se o risco de uma redução *ad infinitum* da tendência “objetivadora”. Ou seja, tratar tecnologicamente do problema significa lançar-se a uma busca, inesgotável por princípio, de redefinição de objetos, de particularização daquilo que uma dada universalidade técnica deixou de fora em seu recorte do real. Nesse ato mesmo já se criou um novo “conjunto de procedimentos com vistas a fins”, novos universais que

costrarão mais uma vez ser “corrigidos”, e assim por diante. Não vislumbro nessa infinita “captura” de necessidades, no dizer do autor, as melhores possibilidades de resistir a uma lógica produtora de modelos assistenciais centrados na rentabilidade. Ao contrário, quanto mais tecnologia leve, mais tecnologias leves e duras se farão *necessariamente necessárias* para garantir sua “objetividade”, numa produção e consumo interminável de maquinários e competências científicas e técnicas. E, obviamente, novas formas de “economizar” tais recursos.

Já formulado nos moldes de uma sabedoria prática, o resgate do potencial re-subjetivador do ato assistencial traduz-se justamente como uma “desmitificação” da auto-regulação tecnológica. Assume-se que saúde não é só objeto mas, na condição mesma de objeto, *um modo de “ser-no-mundo”*. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, passa a ser entendido como uma decisão entre outras, que não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis necessariamente, mas é, ainda assim, e por isso, exercício fundamental de autonomia humana. Não cria universais, porque só cabe no momento mesmo da decisão a ser tomada, esgotando aí seu sentido.

Revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é o “que fazer” implicado nessa segunda leitura. Difícil, porém, a tarefa, porque contraditória com o “econômico”, já que essa perspectiva não é a da subordinação às “leis da casa” (oikos-nomos), mas sim a da sua formulação (oikos-logos). Difícil também porque temos “atrofiado” o exercício dessa sabedoria, presos a um racionalismo estritamente instrumental. Difícil ainda porque, pelas duas razões acima, é freqüente interpretarmos o reconhecimento e a valorização pública do exercício da *phrónesis* como obscurantismo, reação conservadora ao desenvolvimento tecnológico ou até como pura nostalgia humanista.

É fundamentalmente nessa segunda perspectiva que entendo o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde.

Mais que uma ação teleológica, uma equação meio-fins... o significado e finalidades da intervenção passam a se apoiar não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem somente nas formas como se busca alcançá-lo, mas sim na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da segunda. O cuidado é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente (Ayres et al., 1999, p.70).

Abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar de modo universal e *a priori* onde e como chegar com a assistência: eis um norte político e uma tarefa prática dos mais difíceis, porém dos mais relevantes quando se tem a emancipação humana como horizonte ético.

No mais, é congratular-me com o autor por mais essa rica oportunidade de reflexão que nos proporciona, ficando a certeza de que não esgotaremos aqui o debate provocado por suas instigantes questões.



A microrregulação médica

José Mendes Ribeiro¹

Em “*Ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*” destaca-se logo de início uma imagem feliz acerca do trabalho cotidiano do médico frente a seu cliente. O emprego de três tipos de “valises”, das quais uma diz respeito ao prolongamento de seus sentidos (estetoscópio, endoscópio etc); outra se refere ao modo como o médico estrutura seu pensamento e define os problemas (expresso pela clínica e epidemiologia); e a última mais diretamente relacionada ao encontro entre indivíduos. Partindo desse arranjo, o autor analisa as interações entre indivíduos que definem e ordenam o conjunto da prática médica associadas às tendências observadas na esfera do mercado, onde são estruturadas as trocas e relações entre agentes. A cena clínica é vista como espaço de competição informada ou potencialmente informada estabelecida pelo cliente/usuário e o médico. Com esta estrutura analítica, entra no campo que define como o da micropolítica do processo de trabalho médico. A “valise” onde se estrutura a relação competitiva entre agentes/sujeitos (“espaço relacional trabalhador-usuário”) é enfatizada.



A ênfase na compreensão das relações entre indivíduos como fundamento da análise de processos é comumente tratada nas Ciências Humanas através das referências da Economia. No entanto, a freqüente insatisfação com o potencial explicativo da disciplina estimula os pesquisadores a adotarem modelos sociológicos (normas, valores, representações) ou políticos (estruturas, arranjos institucionais) no sentido de observar as relações entre agentes no contexto de grandes coletivos de indivíduos, de suas tradições e regras de convívio e leis. O autor destaca a competição pelo conhecimento (informação) entre médicos e clientes/usuários/beneficiários de serviços de saúde no contexto da “estruturação produtiva do setor” e da configuração do modelo de atenção. Como determinante deste processo aponta a lógica do capital financeiro como definidora da transição tecnológica (o equilíbrio entre as “três valises”).

¹Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/Fiocruz.

Aponta a crise da Medicina Tecnológica através da captura pelo capital financeiro (seguradoras) que atua no setor saúde sobre a decisão clínica, buscando subordiná-la a uma lógica gerencial. A atenção gerenciada seria, neste contexto, a expressão da reestruturação do mercado setorial, reordenando empregos e práticas médicas, assim como as expectativas dos usuários. Para o autor, este processo se dá de modo coerente ao que designa como uma competição entre “setores neoliberais” pela hegemonia setorial.

A análise acima resumida, espero que com razoável fidelidade, merece, pela importância do autor e pelas opiniões emitidas, alguns comentários sucintos no sentido de assegurar a continuidade do debate.

Como dito, a imagem das “valises” constituintes da prática clínica é feliz na medida em que permite mapear o protagonismo de cada componente em dada situação de trabalho e de relação com os clientes. Mais interessante ainda é o uso deste recurso para destacar a competição entre médicos e clientes no encontro clínico, onde a informação assimétrica e as estratégias compensatórias são objeto de políticas em diferentes sistemas sanitários.

Com relação ao ataque do capital financeiro à autonomia médica através da lógica gerencial, imagino que o desfecho encontra-se em aberto. Em primeiro lugar, o ataque à autonomia decisória não é exclusividade do desenvolvimento dos mercados e pertence à própria Administração Pública e arranjos organizacionais em ambulatorios e hospitais. O próprio planejamento em saúde se ocupou de canalizar ou estruturar um leque amplo de decisões médicas. Os sistemas de remuneração do ato médico no setor público, do código 7 do Inamps às AIHs, também representaram iniciativas no sentido de decompor e medir as decisões clínicas e cirúrgicas, para distribuir incentivos.

No planejamento público em saúde e nos mercados diversos controles foram obtidos sobre a prática médica e seus resultados são desiguais. Podemos dizer que sucessos foram alcançados por programas de saúde e equipes multidisciplinares, nos quais a prática clínica foi potencializada pelo

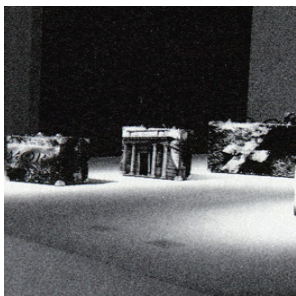
enfoque epidemiológico em benefício de clientes e usuários.

Por outro lado, a profunda e acelerada diferenciação da clínica em especialidades e sub-especialidades geram uma separação no interior das redes sanitárias e grandes organizações (como os hospitais) entre as atividades capturadas pela burocracia gerencial e aquelas dotadas de maior autonomia e *status* organizacional.

Por fim, o movimento de reestruturação da clínica e da cirurgia em mercados, como no debate em torno do *managed care*, sofre mais claramente os reflexos da demanda por qualidade por parte dos beneficiários de planos e seguros de

saúde, assim como da competição entre organizações em mercados dinâmicos. Neste sentido, inovações como *gatekeepers* (cujos similares no setor público podem ser identificados nas equipes de saúde da família brasileiras ou nos *general practitioners* britânicos) convivem com a demanda crescente por tecnologias e especialistas de elevado tempo de formação e de alta intensidade de trabalho.

As conquistas da Biomedicina sobre o prolongamento e a qualidade da



vida (e suas promessas em termos de transplantes, clonagens, angiogêneses, por exemplo) geram pressões políticas sobre a democratização do acesso pelos sistemas públicos e entre as comunidades que rateiam os seguros de saúde na qualidade de beneficiários. Desta forma, os médicos tendem a preservar amplas atividades fora do controle intensivo das burocracias públicas e organizacionais privadas como resultado da demanda informada por qualidade. O ataque à autonomia tende a ser incompleto.

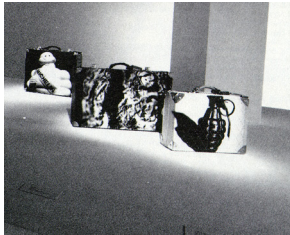
Este quadro representa um dos motivos relevantes para a minha crença sobre os abusos praticados pelos médicos e empresas serem compensados essencialmente pela disseminação de informações e estratégias que equilibrem a assimetria do encontro médico-cliente/usuário/beneficiário. As informações devem ser promovidas por organizações não-governamentais, grupos de defesa dos consumidores, agências governamentais, universidades e clientelas organizadas. Neste caso, nos situamos dentro de soluções voltadas à qualidade das escolhas individuais e este é um ponto de convergência, apesar dos termos distintos da discussão, que observo com o instigante artigo de Merhy.



ALAN BELCHER, Instalação da exposição na Power Plant, Toronto.
20ª Bienal Internacional de São Paulo

Trabalho médico e gestão de Saúde

Juan S. Yazlle Rocha¹



O texto *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde* trata de um problema atual e brasileiro: o ingresso de empresas financeiras nacionais (e a pressão das estrangeiras) no mercado dos Planos de Saúde e as transformações que acarretam ao trabalho médico, principalmente a disputa interna entre interesses capitalistas no setor saúde. Vale-

se da imagem da valise do médico, que tipifica em três: aquela tradicional que transporta instrumentos, outra que “carrega” o saber do profissional e uma terceira que compreende o *espaço relacional trabalhador-usuário ... implicada com a produção das relações entre ambos*. Neste espaço ocorreriam as *capturas por diferentes lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros*. Os diferentes arranjos entre valises é que determinariam os modelos de atenção à saúde. A finalidade do trabalho médico ficaria à mercê de um jogo de capturas entre usuários e diferentes interesses. O trabalho médico possuiria duas dimensões básicas: a propriamente cuidadora - presente em todos os tipos de trabalho - e a profissional, com recorte tecnológico específico. Acredita que o trabalho médico *procura capturar o usuário e seu mundo ... para dentro do seu agir tecnológico e... subsumi-lo a este*. A terceira valise, das tecnologias leves, foi subsumida neste processo por uma relação privilegiada das outras duas, e o trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos. As tensões produzidas pelo modelo levam à procura constante de um perfil profissional generalista e de modalidades assistenciais de baixo custo que, todavia, ao não romperem com o modelo não promovem a eficácia e efetividade mas viriam ao encontro da tendência consumista dos usuários. Outra tendência de solução da crise seria representada por modalidades do capital que mediante tecnologias específicas tentariam capturar a microdecisão clínica por uma gerencial.

¹ Professor do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

Assegura que o capital financeiro de setores neoliberais disputa atividades lucrativas e promove modelos de controles de custos dos projetos terapêuticos, para tanto introduzindo a noção de “acidentalidade”, e que ferramentas da economia geram projetos de prevenção de riscos incorporando noções da Epidemiologia. São projetos de *Home-Care*, de adscrição de clientela procurando capturar a microdecisão médica por uma microdecisão gerencial comandada pelo capital financeiro. Neste movimento de mobilização do capital pelo mundo inclui-se o *Managed Care*. Assim, teríamos uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva do setor capitaneada pelo capital financeiro.

Há uma sólida tradição de estudos acerca do trabalho na sociedade capitalista, iniciada por Marx, e do trabalho médico em particular: Polack, Donnangelo, García, Arouca, Mendes Gonçalves. O trabalho de Merhy segue em parte esta tradição, acerta em alguns problemas que levanta e complica a análise pelo uso livre de termos e conceitos. Assim, se é fácil aceitar a imagem das duas primeiras valises isto não ocorre com a terceira: o *espaço relacional trabalhador-usuário ...* não é uma valise do médico mas é um espaço social - marcado por relações de classes - e não uma valise *instrumental* do médico ou de qualquer outro trabalhador. A pergunta fundamental que Merhy se propõe discutir é: Como se determina o trabalho médico hoje? Para elucidar esta questão seria preciso ir além da análise dos instrumentos (as valises). Vale lembrar que o reconhecimento como trabalho implica em admitir a existência de uma *contrainte*, interna ou externa às próprias atividades, que as diferenciam das atividades livres - artes ou ciência. Outra dificuldade no trabalho é um certo mecanicismo presente nas idéias das *capturas*: ora o sujeito capturante é a lógica produtiva inserida nos equipamentos ou na tecnologia, ora é o paciente, ora é o capital, ora é o médico a capturar as necessidades e o mundo do paciente - sem aclarar a sua natureza. Como tecnologias específicas poderiam “capturar” microdecisões clínicas por uma gerencial? Parece-nos que o verbo é utilizado com várias acepções, o que dificulta a compreensão da análise. Centrado na análise dos instrumentos do trabalho médico, tece ilações sobre as influências que se exercem sobre o mesmo; todavia, os outros elementos definidores do trabalho, como a finalidade perseguida, a concepção do objeto, o tipo de relação entre o agente e seu objeto, não estão incluídos. Não é correta a afirmação que o trabalho médico procura capturar o usuário e seu mundo para dentro do seu agir tecnológico e subsumí-lo a este; ao contrário, como Mendes Gonçalves demonstrou, o projeto médico é definido socialmente e a Medicina o toma como objeto da sua prática. É assim que ela *contribui para a produção de condições materiais e não-materiais inerentes à reprodução ampliada do(s) modo(s) de produção*. (Mendes Gonçalves, 1979). Por isso, ao contrário do que parece, a Medicina não é vítima unilateral neste processo social de transformações *mas, por efeito dessa mesma determinação estrutural se constitui ela própria em sujeito que contribui para a recriação sob nova forma das estruturas... que a presidem* (Mendes Gonçalves, 1979). O trabalho médico no Brasil sofre hoje as conseqüências



da interferência do capital, já conhecidas desde Taylor e descritas por Braverman (1980) para o trabalho em geral: “*O modo capitalista de produção destrói sistematicamente todas as perícias à sua volta, e dá nascimento a qualificações e ocupações que correspondem às suas necessidades... A distribuição generalizada do conhecimento do processo produtivo... torna-se... não meramente “desnecessária” mas uma barreira concreta ao funcionamento do modo capitalista de produção*”. Taylor elevou o conceito de controle a um plano inteiramente novo quando asseverou como uma necessidade absoluta para a gerência adequada a imposição ao trabalhador da maneira rigorosa pela qual o trabalho deve ser executado.

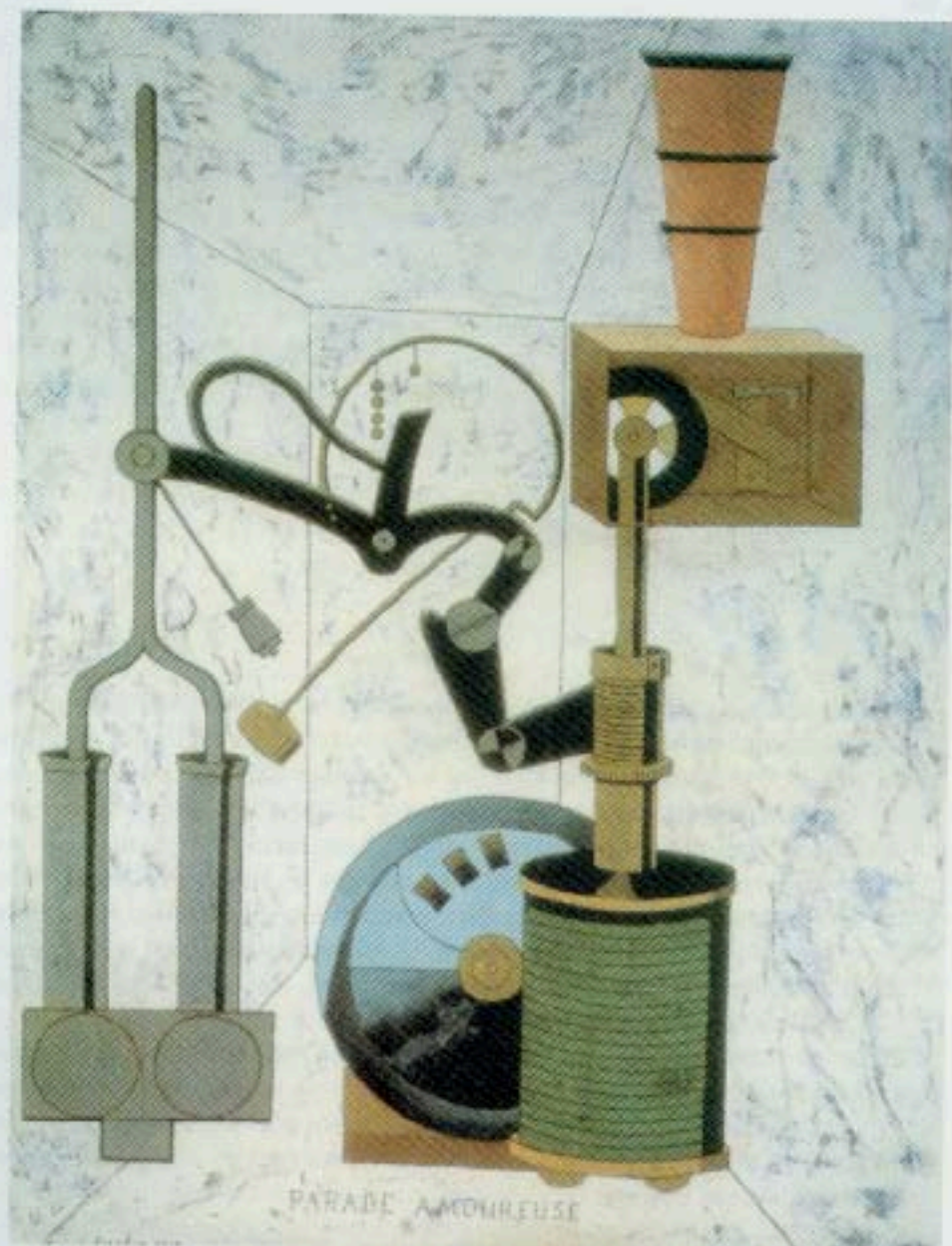
Outros modelos de prestação de serviços têm aparecido entre nós e nos países industrializados. Para fugir aos problemas ocasionados pela Medicina do capital e sua gerência “científica”, temos a emergência de modelos gerenciais e de prestação de serviços baseados na organização autônoma da comunidade, dos prestadores, dos trabalhadores etc. Procura-se, também, formas de financiamento baseadas não no pagamento de serviços prestados mas na gestão do sistema com remuneração per capita; procura-se a eficiência do sistema na prevenção - ou gestão do risco e assim são resgatados modelos de cuidados a domicílio ou da saúde da família, por serem mais eficientes, além de menos custosos. A Organização Mundial de Saúde, OMS, admite oficialmente que os melhores sistemas de saúde são aqueles que contam com financiamento público e prestação pública e privada de serviços, sob controle social. Ainda assim, o problema dos custos assola todos os sistemas de saúde do mundo ao ponto que a OMS propõe, para as primeiras décadas do novo milênio, rever o conceito do direito universal à saúde, trocado por outro de direito limitado ou relativo (WHO, 1999).

Finalmente, mais do que uma transição tecnológica e reestruturação produtiva apenas, o que temos é uma grande transformação da sociedade, que vai enterrando tradições e modificando nossa forma de viver e atuar; a Medicina e os serviços de saúde começam a passar por esse processo de (re)construção do novo.

Referências bibliográficas

- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- MENDES GONÇALVES, R.B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.
- WHO. **World Health Report**, 1999. Geneva: WHO, 1999.



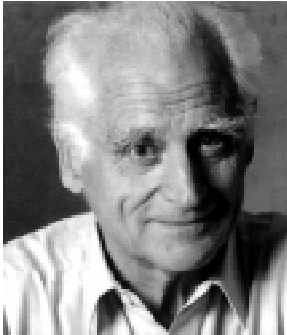


FRANCIS PICABIA, Exibição amorosa, 1917. Coleção particular.

perócia de rudesse
agitação do ato
erótico...
comentário irônico
sobre a atividade
humana.

Novas Tecnologias e Sociedade Pedagógica

Uma conversa com Michel Serres



Em 1999, o filósofo Michel Serres esteve em São Paulo para uma série de conferências no quadro do Iº Congresso Internacional de Desenvolvimento Humano (Universidade São Marcos, 16 a 18 de setembro de 1999). Em meio ao amplíssimo espectro de temas que poderia e costuma tratar, Michel Serres, em suas conferências paulistanas, versou principalmente sobre as transformações em curso no mundo contemporâneo, que vêm sendo impulsionadas, sobretudo, pelas novas tecnologias de comunicação, e a instauração do que tem chamado de uma *sociedade pedagógica*; tratou ainda, com especial atenção, das novas concepções sobre o corpo e os seres vivos, que se vêm forjando à luz dos novos conhecimentos da Biologia. À primeira vista, pode parecer que abordou ecleticamente assuntos variados e desconexos; contudo o que se revelou aos que puderam ouvi-lo, foi um saber intensamente conectado e construído sob o signo da diversidade, da transposição (de um campo da atividade humana a outro) e da heterogênesse (de um saber por outro). E esse pode ser um bom começo para a difícil tarefa de apresentar este pensador, tão brilhante quanto singular, de obra tão vasta e densa quanto indispensável para a compreensão do nosso mundo.

Nascido em 1930 no sul da França, faz questão de destacar sua descendência de uma linhagem de marinheiros e camponeses da Garonne,

lembrando que a exigência do filósofo de compreender o sentido das coisas se aplica também a sua própria existência e ao conhecimento de suas raízes. Assim, sublinha que a cultura é tanto o trabalho da terra quanto o conhecimento intelectual. Filho de marinheiro, inicia sua formação superior na Escola Naval (1947), onde obtém uma licenciatura em Matemática. Boa parte de sua trajetória intelectual pode ser explicada por fazer parte de uma geração que cresceu sob os estrondos dos canhões e assistindo a algumas das maiores atrocidades do século XX: da guerra na Espanha (aos 6 anos) às guerras coloniais da Argélia e da Indochina (aos 25 anos), passando pela IIª Grande Guerra e Hiroshima (dos 9 aos 14 anos). Pertence, portanto, a uma geração que “*se forma carnalmente nesse ambiente atroz e se mantém, desde então, afastada de toda política: o poder continua a significar para ela apenas cadáveres e suplícios.*”¹ Como jamais deixará de repetir, a violência sempre foi e será seu principal problema e, a partir dele, desenvolverá o essencial de seu trabalho filosófico.

Porque não queria “*servir a canhões e torpedos*”, abandona a Escola Naval, levando consigo uma sólida formação matemática, e ingressa na Escola Normal Superior (1952), para fazer seus estudos literários. Esse trânsito das ciências “duras” às humanidades define, geneticamente, um outro traço marcante de toda obra que se seguiria e da personalidade filosófica de Serres e da qual, aqui, só poderemos aduzir um brevíssimo vislumbre.

Sua visada não será a da tradicional epistemologia francesa que, na sua opinião, acaba por ratificar a separação entre “ciências” e “humanidades”, ao se pretender fazer de ponte. Sua perspectiva será outra: a da transposição de um campo a outro; a da primazia do percurso sobre o discurso; e a da busca de uma teoria generalizada do local: “*Através das regiões as mais distanciadas circula freqüentemente uma relação subterrânea que a intuição por si só não pode alcançar, assim como tampouco podem o conhecimento imediato ou o saber discursivo, mas que pode ser atingida, às vezes, por um formalismo puro e refinado... A aptidão ao diverso é proporcional à pureza inicial*”, escreve em *O sistema de Leibniz e seus modelos matemáticos*, seu doutorado e primeira grande obra publicada (1969). Isso não quer dizer, entretanto, que Serres considere a Matemática um modelo de referência ou índice de uma hierarquia enciclopédica; os problemas de sistematicidade e formalização não possuem um campo original de direito, mesmo se, de fato, assumem uma forma Matemática, sendo um problema colocado para o conjunto dos sistemas formais, onde quer que uma incompletude se revele. Essa perspectiva não deixará de estar presente em várias outras obras, como é exemplo outro célebre estudo, *O nascimento da Física no texto de Lucrecio* (1977).

Em Serres, o percurso constitui o discurso, conduzindo até o ponto em que se percebem as violências arcaicas, que somente uma teoria generalizada do local e do objeto pode desviar de seu curso proliferante. Em 1980, Serres publica um livro sobre o mal: *O Parasita*. Descreve os mecanismos de substituição sacrificial que se encontram na fundação do poder e da relação entre o particular e o universal. Em síntese, demonstra como nossa cultura é “*a continuação da barbárie por outros meios*”, do

¹ Michel Serres, Luzes - cinco entrevistas com Bruno Latour. São Paulo: UNIMARCO, 1999. p.12.

mesmo modo que, nos pontos de crise dos sistemas formais, as substituições violentas da barbárie arcaica não cessam de proliferar “*a golpes de prolongamentos racionais*”. Contra essa proliferação de violência, Serres oporá uma outra racionalidade, não mais do universal e do particular, mas uma ciência e uma sabedoria do local.

Essa filosofia plena de transportes acabaria por eleger *Hermes*, deus mensageiro, o deus tutelar de uma série de cinco livros que publicou entre 1969 e 1980 (*I. A Comunicação*, 1969; *II. A Interferência*, 1972; *III. A Tradução*, 1974; *IV. A Distribuição*, 1977; *V. A Passagem do Noroeste*, 1980), nos quais desenvolveu as múltiplas facetas de sua reflexão sobre as ciências e, sobretudo, as suas transposições, em cada época, para outros domínios da atividade humana. Contudo, uma “mensagem” não passa de uma ordem a outra sem algum “ruído”, sem algum “parasitismo”; e o conjunto não chega a formar um território bem delimitado, mas algo que se assemelha muito mais a uma “*nebulosa flutuante*”.

Michel Serres está sempre escrevendo vários livros ao mesmo tempo, sendo esta simultaneidade o contrário de um encadeamento (daí, as enormes dificuldades em se fazer uma apresentação linear ou cronológica de sua obra), é a busca de um descentramento das condições contemporâneas da linguagem e da escritura, agudizando a mencionada problemática da substituição, do local e do objeto. Assim, paralelamente à coleção *Hermes*, publicou outras obras nas quais prolongava suas “transações” estéticas e científicas, tais como, entre outras: *Juventudes - sobre Jules Verne* (1974), *Estéticas - sobre Carpaccio* (1975), *Zola - fogos e sinais de bruma* (1975). Em todas estas obras, “*o essencial não é mais tal figura, tal símbolo ou tal artefato; o invariante formal é alguma coisa como um transporte, uma errância, uma viagem através das variedades espaciais separadas.*”

A partir dos anos 80, abre-se um novo período, em que suas reflexões se aproximam cada vez mais da imaginação cotidiana. Em 1987, publica *Estátuas*, meditação sobre a morte; em 1990, *O contrato natural*, que apela para uma nova relação com o mundo natural; em 1991, *O terceiro-instruído*, que trata da educação e da questão da mestiçagem cultural. Este último livro lhe trará uma especial notoriedade junto ao grande público e acompanhará sua entrada, em janeiro de 1991, para a Academia Francesa de Letras.

Hermes continuará a simbolizar, a seus olhos, a noção chave para compreendermos o mundo contemporâneo: a *comunicação*. Nos anos 90, ampliar-se-á significativamente sua produção literária relativa a esta temática, bem como seu engajamento pessoal nas grandes questões tecnológicas, comunicacionais e, sobretudo, educacionais que vêm marcando a passagem do século XX para o século XXI.

Quanto ao seu papel como educador, cumpre destacar alguns acontecimentos marcantes de sua trajetória, começando por sua participação, ao lado de Michel Foucault, nos primórdios da Universidade de Vincennes (Paris-VIII), em 1968. Este espaço acadêmico terá papel destacado na renovação da filosofia francesa pós-68 e na formação de uma nova geração de pesquisadores e pensadores, muitos dos quais tiveram Serres como grande mestre. Destacamos aqueles reunidos em outra obra capital de

Serres (e que revela mais uma de suas múltiplas facetas - a de historiador das ciências): *Elementos de História das Ciências* (1989). Sob sua direção, esta obra reúne textos de Michel Authier, Isabelle Stengers, Bruno Latour e Pierre Lévy, apenas para mencionar os mais conhecidos do público brasileiro.

Para além do mundo universitário, sua participação em assuntos educacionais de alcance mais geral não vem sendo menos importante. De 1991 a 1993, a pedido da primeira-ministra Edith Cresson, Serres comanda uma missão (que ficou conhecida como a “Mission Serres”) para a pesquisa e formulação de propostas de ensino à distância. Sob seus auspícios, Michel Authier e Pierre Lévy chegam à concepção e desenvolvimento de um *software* extremamente original, destinado à gestão de conhecimentos em grandes coletivos², que se tornou uma referência mundial neste tipo de tecnologia.

Atualmente engajado num combate pela cultura, contra a exclusão e a violência na televisão (destacando-se, a este respeito, seu livro *Mensagens à distância* de 1995), passou a integrar o comitê diretor de uma cadeia de televisão francesa (TV5), na esperança de aprofundar o processo de ensino multimídia, do qual a televisão é apenas um dos elementos. É um declarado otimista das novas tecnologias multimídia e entusiasta da gratuidade dos conhecimentos disponíveis na internet, como ficará claro na entrevista que se segue.

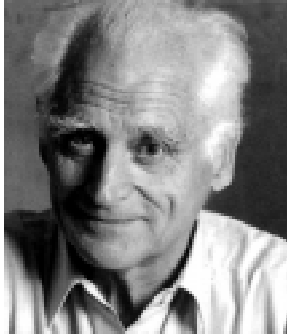
E não pára aí a sua vasta gama de atividades nestes e outros domínios, assim como mantém uma intensa e fecunda atividade literária e editorial. Relativamente ao tamanho de sua obra (que não foi integralmente mencionada nesta breve apresentação), ainda muito pouco foi traduzido no Brasil. Destacamos, entretanto, duas obras recentes que oferecem ao leitor de língua portuguesa uma prazerosa introdução ao seu pensamento: *A Lenda dos Anjos* (São Paulo: Aleph, 1995) e *Luzes - cinco entrevistas com Bruno Latour* (São Paulo: UNIMARCO, 1999).

Esperamos que a entrevista concedida à *Interface* (em 16 de setembro de 1999) também contribua para apresentar um pouco mais e de viva voz ao nosso leitor algumas das idéias desse fundamental pensador de nosso tempo, em particular aquelas que se referem à sua produção mais recente e aos temas principais de suas conferências em São Paulo (comunicação, educação, novas tecnologias, novos coletivos, o corpo, o vivo e, por extensão, algumas questões de saúde e Medicina). A edição da entrevista procura preservar o modo como efetivamente se deu, isto é, como uma conversa a três, havendo, portanto, dois “entrevistadores”: Rogério da Costa (filósofo, docente da Faculdade de Comunicação e Semiótica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e Ricardo Rodrigues Teixeira (médico sanitarista, docente e pesquisador do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa/ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP)³.

² Ver a este respeito a entrevista com Pierre Lévy publicada em *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, v.3, n.4, p.143-56, 1999.

³ Ricardo R. Teixeira responde pela tradução (com a colaboração de Frédéric Petitdemange), edição (com a colaboração de Rogério da Costa) e apresentação desta entrevista.

A sociedade pedagógica



“Já envelhecido, nosso mundo das comunicações está parindo, neste momento, uma sociedade pedagógica, a das nossas crianças, onde a formação contínua acompanhará, pelo resto da vida, um trabalho cada vez mais raro. As universidades à distância, em toda a parte e sempre presentes, substituirão os campi, guetos fechados para adolescentes ricos, campos de concentração do saber. Depois da humanidade agrária vem o homem econômico, industrial; avança uma era, nova, do conhecimento. Comeremos saber e relações, mais e melhor do que vivemos a transformação do solo e das coisas, que continuará automaticamente.”

Michel Serres. *A Lenda dos Anjos*.
São Paulo: Aleph, 1995. p.55.

Ricardo Teixeira - Eu gostaria de começar pela noção de “sociedade pedagógica”. Na sua conferência desta manhã, o Sr. falava da passagem de um espaço de concentração para um espaço de distribuição, como uma das características da emergência de uma “sociedade pedagógica”. Entretanto, não se trata apenas de uma mutação na espacialidade dos atos de ensino-aprendizagem, que antes se dariam em espaços de concentração e agora se encontram distribuídos pelas redes, podendo se dar à distância. Não é da mesma “Educação” que se trata nos dois casos. Devemos esperar uma mutação no próprio conteúdo. A questão é: de que “Educação” se trata quando falamos numa “sociedade pedagógica”?

Michel Serres - É verdade que vivemos, desde 1965-70, numa sociedade em que a comunicação assumiu uma importância jamais alcançada, uma vez que os meios técnicos de comunicação se desenvolveram de uma forma exponencial. Mas o que é importante, hoje, é que a informação se tornou decisiva para quase todos os *métiers* (ofícios, profissões). Eu vou lhes dar um exemplo que me impressionou bastante: duas moças chegaram num Ministério onde foram recrutadas e, quando chegaram neste Ministério, elas o conheciam melhor do que as pessoas que já estavam lá. Por que? Porque durante oito dias antes elas haviam buscado na internet a totalidade da informação concernente a este Ministério. Elas tinham, portanto, uma formação superior àquela das pessoas que já estavam ali trabalhando. E isto é perfeitamente novo. Por quê? Porque se pode buscar informações em novas fontes, que fazem com que, de forma paradoxal, os novos saibam mais que os antigos. É isso que eu chamo de sociedade pedagógica. Por outro lado, tudo que é televisão, rádio, informação em geral, está estruturado ao modo da distribuição escolar. E mesmo a distribuição escolar no sentido mais tradicional. Por exemplo, alguém que você vê falar na televisão, você não pode lhe

dirigir questões, como outrora os grandes professores davam os grandes cursos sem jamais responder a questões. Contudo, na troca quase regular que mantemos atualmente entre nós, a informação tem um lugar muito maior que outrora. Portanto, o laço social está cada vez mais fundado na circulação da informação. Eu vou mesmo mais longe. O que criou o laço social até recentemente, e a maior parte das pessoas pensa que é ainda ele que cria, foi o dinheiro, isto é, a circulação da moeda. Ora, se você tem filhos e eu lhe coloco a questão: o que você preferiria dar às suas crianças, uma sólida formação em matéria científica e técnica ou uma herança de um milhão de dólares? Poucos hesitariam! E as pessoas prefeririam a formação. Por que? Porque se percebe bem atualmente que a circulação da moeda é extremamente frágil, extremamente flutuante, e que a circulação da informação tem um papel de referência... E, portanto, a confiança no saber e na formação estão, na minha opinião, crescendo. E é isso que eu chamei o laço social fundado na informação, nos bens imateriais etc....

Rogério da Costa - Porque nós estamos entrando numa sociedade de economia virtual, de uma economia do imaterial...

Michel Serres - *Voilà!* É isso! É o que se chama a economia imaterial... Isto é, que o saber pode ser, de uma certa forma, a moeda...

Rogério da Costa - Nós observamos hoje uma mudança profunda na nossa relação com os saberes e conhecimentos. É extraordinária a mutação dos saberes e dos conhecimentos...

Michel Serres - Exatamente.

Rogério da Costa - Isto diz respeito profundamente aos jovens e aos idosos. É pior para os idosos?

Michel Serres - Os idosos têm uma nova função na sociedade. Eu a experimento profundamente porque, na Sorbonne, eu ofereço meu curso aos sábados. Muito bem: há dez anos a metade das pessoas que vêm a meu curso são idosas ou pessoas que trabalham. Por conseqüência, há uma função cultural das pessoas de mais idade hoje, enquanto em outros tempos a responsabilidade cultural era dos jovens. Ora, hoje em dia os jovens são muito rapidamente tomados por uma especialidade mais e mais exigente e são obrigados a deixar um pouco de lado tudo aquilo que nós chamaríamos de humanidades, a cultura etc., e tem-se a impressão que a geração com mais de quarenta anos a reencontra e repõe em circulação. Há uma espécie de mudança de geração no que concerne à relação com a cultura. É muito curioso!

Rogério da Costa - Isso pode desempenhar um papel muito importante com respeito ao desemprego, por exemplo, ou à exclusão social, em relação às pessoas que não vêem mais horizonte em suas vidas. A velocidade com que os conhecimentos e os saberes mudam e os meios técnicos de que dispomos hoje em dia, podem, efetivamente, contribuir com novos regimes de trabalho...

Michel Serres - De fato, eu sou bastante otimista em relação às novas tecnologias

por causa disso: porque qualquer um pode ter acesso a um número muito grande de informações, em qualquer lugar. O único problema, evidentemente, é que esta informação não é validada, não é controlada. E isso é uma verdadeira questão! No momento, eu sou bastante favorável ao não-controle. Em geral, os franceses amam bem o controle, mas não eu. Por que? Porque... Bem, você já ouviu falar de Robin Hood, de *Robin des Bois*⁴. Você sabe o que essa lenda quer dizer? Quer dizer que, em outros tempos, nas florestas não havia direito. Todo espaço era um espaço jurídico, exceto as florestas que eram consideradas como zonas de não-direito. E *Robin* é uma palavra francesa que quer dizer "celui qui porte la robe"⁵ e "la robe" era a toga do juiz. E, portanto, Robin Hood quer dizer "o homem de direito num espaço de não-direito". É muito refinado! Ora, os espaços de não-direito são espaços onde muitas transformações têm lugar. É o lugar onde, ao menos em imagem, metaforicamente, as transformações sociais se fazem. E, no momento, as novas tecnologias são um lugar de não-direito. E, então, evidentemente, as pessoas vão gritar, vão dizer: "Sim, é a pornografia! É a violência!" Sim, é verdade. Mas é também a totalidade do saber. E, entretanto, a crítica que se fazia outrora às bibliotecas era a mesma. Dizia-se: "Mas, enfim, a biblioteca não é controlada. Qualquer criança pode ir ver qualquer livro, a qualquer momento. Portanto, é preciso um *Index*." Vocês se lembram destas histórias. Portanto, a biblioteca recebia exatamente o mesmo tipo de crítica que a internet, hoje em dia. Críticas que não são novas, são tão velhas quanto a informação. Bem, se a crítica não é nova, ela não me interessa. E o que me interessa é que seja um espaço de não-direito e, da mesma forma que a biblioteca, de uma certa maneira, salvou a humanidade, de uma certa maneira eu sou otimista com as novas tecnologias. Por causa do não-direito, por causa do lugar de transformação social. *Voilà!*

Há uma bruxa nas novas tecnologias

Ricardo Teixeira - Neste ponto, eu recorro a uma analogia, antes de colocar a questão de uma forma mais direta. Retomo mais uma vez a idéia já mencionada de um espaço de concentração, que me faz pensar, por analogia, nos espaços de clausura e na "sociedade disciplinar", nos termos propostos por Foucault...

Michel Serres - Não, eu não a tomava neste sentido...

Ricardo Teixeira - Sim, mas apenas para completar a analogia, quando o Sr. fala, agora, num espaço de distribuição, com as novas tecnologias e a "sociedade pedagógica", eu tendo a fazer de novo uma analogia com a chamada "sociedade de controle" que, segundo Deleuze, prolongando as análises de Foucault, sucederia à "sociedade disciplinar". Onde passaria a fronteira que separaria uma "sociedade pedagógica" de uma "sociedade de controle"?

⁴ Literalmente, *Robin dos Bosques*, versão francesa do célebre personagem da Inglaterra medieval.

⁵ "Aquele que usa o vestido ou o hábito (religioso) ou a toga (dos magistrados)".

Michel Serres - A sociedade de controle é uma sociedade inteiramente tomada pelo direito, já que se trata de um controle. Portanto, há uma jurisdição que vigia praticamente todos os lugares desta sociedade. Eu digo, ao contrário, que as novas tecnologias são um lugar de não-direito. E a fronteira está aí! Quer dizer, no momento nós estamos na floresta, isto é, na biblioteca onde não há controle. E é justamente porque não há controle que estou otimista. Quer dizer, no momento, há pessoas que dizem "é preciso que os *sites* sejam controlados", pessoas dizendo "o *site* do nosso amigo é sério, porque ele é titular de Direito ou qualquer coisa assim, o *site* é muito sério porque é um verdadeiro médico que dá a verdadeira informação"... Isso não me interessa! Por quê? Você que é médico deve ser sensível a isso... Eu vi se fundar nos Estados Unidos, recentemente, um *site* onde há - talvez você o conheça -, onde se dá livremente a palavra a todas as mulheres que tiveram um câncer de seio. Bem, eu conheço vários oncologistas que dizem ter aprendido uma enormidade de coisas neste *site*. Por quê? Porque as mulheres são completamente livres de dizer o que elas querem e nas condições que elas querem, de tal forma que, às vezes, lhes ocorre dizer coisas que são fundamentais para o médico, das quais eles não tinham a menor idéia. Mas é justamente porque não há controle que elas podem dar a informação que o médico pode achar verdadeiramente importante para sua atividade profissional. Então, a falta de controle, às vezes, é problemática, mas às vezes, ao contrário, é muito, muito fecunda.

Ultimamente, uma vez que me interessa muito pela Biologia, descobri um *site* cujo assunto era escorpiões. Muito bem, as melhores informações que obtive sobre o escorpião, me foram fornecidas por um fazendeiro, porque ele tinha uma prática muito exata da maneira pela qual é preciso negociar com o perigo do escorpião. Não foi o professor de História Natural que me forneceu a realidade concreta do problema. Portanto, a maior parte das pessoas desconfia do não-controle, mas por ora sou bastante favorável ao não-controle, porque às vezes há um saber perdido... Eu vou lhes explicar...

Há um livro muito interessante que foi escrito no século XIX por Michelet, que se chama *La sorcière*⁶. Quando jovem, fui um grande admirador da "bruxa", porque de alguma maneira ela representava a *anti-universidade*. Era nos bosques; era à noite; eram as mulheres. Eu quero dizer: nos bosques nunca houve universidades; a noite é o contrário da era das luzes; as mulheres estavam excluídas da universidade, eram camponesas etc., e, de repente, nos dávamos conta de que esta "bruxaria" tinha chegado a um certo número de plantas que eram desconhecidas do farmacêutico, venenos, remédios etc., e Michelet mostra que há aí um saber que não é um saber oficial, mas que pode ter uma importância extraordinária para o renascimento de certos tipos de disciplinas. De uma certa maneira, há uma bruxa nas novas tecnologias. *Voilà!*

Ricardo Teixeira - Mas, dando continuidade a esse questionamento do otimismo em relação às novas tecnologias, quando eu me referi à idéia de uma "sociedade disciplinar" seguida por uma "sociedade de controle", o exemplo que eu poderia dar como emblemático da "sociedade de controle" são as auto-estradas, pois nela não se está enclausurado, mas mesmo assim se é

⁶ A bruxa.

controlado... As novas tecnologias são muitas vezes chamadas de vias, de auto-estradas da informação...

Michel Serres - Ah não!

Ricardo Teixeira - Em todo caso, para além dos significados e atribuições de valor, não poderíamos identificar um *sentido* (segundo uma lógica estóica) das novas tecnologias? Ou, dito da maneira de McLuhan, não haveria uma *mensagem* implícita nestes novos meios, quer dizer, não seriam eles, em si mesmos, uma *mensagem*? O Sr. compreende minha questão?

Michel Serres - Perfeitamente. Há mesmo duas questões na sua questão. A primeira é a analogia com a auto-estrada e a segunda é a questão de McLuhan. Eu contesto a analogia com a auto-estrada, porque ela não é verdadeira. Diz-se auto-estradas da informação, mas não é o caso da internet. A gente diz sempre *navegar*... A gente diz sempre *surf*...

Ricardo Teixeira - Trata-se muito mais do mar...

Michel Serres - *Voilà!* Ora, no mar não existem auto-estradas... Quer dizer que se você quer ir um pouco mais à esquerda ou um pouco mais à direita, você tem muito mais liberdade do que numa auto-estrada. A auto-estrada é direcional. Não, o mar. E, portanto, a metáfora da navegação me parece mais justa, porque há flutuação, há tempestade, há turbulências, há coisas que não são assim tão direcionais; no fundo, é a diferença que há entre o sólido e o líquido. A metáfora da auto-estrada é uma metáfora sólida e a metáfora da navegação é uma metáfora líquida. Ora, o sólido é um cristal ordenado, enquanto o líquido é um conjunto de moléculas desordenadas. *Voilà!* E, portanto, é menos ordenado que a auto-estrada. Dito isto, a questão de McLuhan permanece justa. Quer dizer, com efeito, há alguma coisa como um conjunto de sinais preestabelecidos na totalidade da rede. Isto é verdade, mas aquilo que era verdade na época de McLuhan, por que a informação e o suporte eram raros, tende a se tornar menos verdadeiro, na medida em que seu número cresça de uma forma vertiginosa. Porque, no fundo, não há uma ligação preestabelecida entre você e eu, nós podemos nos encontrar na *net* ou por acaso, quer você tenha vindo me ver na Sorbonne, quer você tenha topado comigo por acaso... Portanto, não há uma ligação realmente preestabelecida, uma auto-estrada ou mesmo, então, uma linha de navegação: uma linha que vá de Montevideú ao Rio é preestabelecida, mesmo que ela flutue. Enquanto isso não é verdade para as novas tecnologias. Não existem relações preestabelecidas. Podemos nos conectar com qualquer um... Portanto, há um número muito grande, um acaso favorecido, que permite justamente que já se critique as metáforas de McLuhan. São menos presentes...

A técnica é uma
produção biológica do
nosso corpo

⁷ Serres questiona o “engajamento” de Sartre, argumentando que a obra e a luta política de Sartre passou ao largo de transformações e outras questões decisivas na história do século XX.

Rogério da Costa - Recentemente li um artigo de Toni Negri, no qual ele se perguntava: "Onde está a força política hoje em dia? Onde está a força política subjetiva de nossa atualidade?" E quando o Sr. fala das mulheres que têm um site sobre o problema de câncer de mama, será que nós podemos ver nisso uma mudança profunda na relação entre a subjetividade e a política, por causa das redes, por causa das novas tecnologias?

Michel Serres - Provavelmente...

Rogério da Costa - Talvez ainda nos falte a formalização adequada para dizer às pessoas: "Vejam! As coisas começam a mudar!" É preciso tentar fazer política de um modo diferente. É preciso tentar se apropriar dos meios técnicos e tecnológicos, para fazer uma nova política...

Michel Serres - É a minha opinião. Quer dizer, a razão pela qual as grandes teorias políticas desmoronaram nestes últimos vinte anos, se deve ao fato - você se lembra o que eu disse na conferência a respeito de Sartre⁷ - de que nenhuma delas levou em conta o mundo real que se formou neste século. E, portanto, elas desmoronaram por estarem completamente defasadas de seu tempo. Eu me pergunto mesmo se eu não diria isso até das teorias de Foucault, que elas estão defasadas por relação a seu tempo, já que não há nele uma verdadeira visão de algumas das principais transformações da atualidade...

Portanto, o trabalho hoje é aquele que você indica, isto é, como formular uma nova teoria política que dê conta dos novos coletivos... Se é o coletivo que mudou... Percebe? Esta nova coletividade... O conjunto das mulheres no planeta que tiveram câncer de mama não era um coletivo imaginável há seis anos. É um novo coletivo. E eu acredito que muitos conceitos, como a representação por um deputado etc., devem ser re-retomados, re-refletidos e mesmo uma política em tempo real, isto é, o processo de decisão etc., tudo deve ser repensado em virtude das novas tecnologias...

Ricardo Teixeira - Eu penso também na noção de tecnodemocracia: fazer escolhas tecnológicas, fazer das escolhas técnicas também um objeto de deliberação coletiva...

Michel Serres - Contrariamente ao que se acreditava outrora - e eu sempre reagi contra isso -, que havia infraestruturas fixas que não eram determinadas, que a técnica era simplesmente um produto da sociedade... Mas de jeito algum! A sociedade é que é um produto da técnica! Compreende? Ou seja, o que eu disse há pouco (na conferência), que desde que se inventou a escrita (enquanto uma tecnologia intelectual), então, passamos a ter, como decorrência, o Estado, as cidades, novas religiões, novas ciências... Sim, mas simplesmente porque a técnica da escritura precedeu tudo isso. Colocar a técnica à distância é ainda uma idéia de burguês do século XIX (risos). A técnica é muito mais importante do que se acredita... E mesmo dizer "tecnopolítica", é uma crítica à técnica. Não é assim que funciona, a técnica...

Ricardo Teixeira - Eu não entendi este último ponto...

Michel Serres - O conceito mesmo de "tecnopolítica" é uma espécie de desprezo pela técnica. Não, a técnica não é isso. A técnica é uma produção biológica do nosso corpo. Portanto, é completamente fundamental na atividade hominal. *Voilà!*

A identidade é um sistema invariante por variação

Ricardo Teixeira - Aqui, eu gostaria de introduzir uma questão mais específica, concernente ao campo da saúde. Retomemos uma outra questão abordada na sua conferência, a propósito da noção de identidade biológica. O Sr. falava que nós somos compostos de dezenas de milhares de células e habitados por um número ainda maior de micróbios saprófitas e que não são reconhecidos por nosso sistema imunitário como um "não-si". É esse o problema de identidade que eu gostaria de tratar, de novo um problema de "fronteiras": qual o limite do "si" quando se é habitado por um "não-si" que não é reconhecido pelo organismo como um "não-si"?

Michel Serres - Isso nos permite compreender a identidade como um conceito flutuante. Não se trata de um conceito fixo e estático, o conceito de identidade... Você que é médico sabe perfeitamente que alguém que teve rubéola ou qualquer outra doença infecciosa, não a terá mais, pois essa pessoa criou anticorpos para evitar uma nova invasão. Mas, será que se trata da mesma identidade biológica, da mesma pessoa agora que antes? Não, não, não se trata mais da mesma. De uma certa maneira, é sempre Michel Serres. Mas, dado que ele possui uma outra população de anticorpos agora, seus sistemas imunitários mudaram profundamente. Conseqüentemente, um sistema de identidade é invariante por variação. Ele é flutuante: globalmente estável, mas localmente variável. Ele é invariável por variação.

Mas, fazemos sempre graves confusões sobre a noção de identidade. Não me agrada que as pessoas falem em "identidade sexual", "identidade nacional", "identidade cultural" etc.. Por quê? Porque elas confundem identidade com pertencimento. Assim, quando falam, por exemplo, em identidade brasileira, identidade francesa, confundem o que seja identidade - identidade é "A" idêntico a "A", isto é, "Michel Serres" é idêntico a "Michel Serres": isto é a identidade. O fato que ele seja francês... Isso não é a minha identidade, isso é meu pertencimento. O fato que eu seja judeu, católico, protestante... Pertencimento. O fato que eu me chame Serres é, aliás, um pertencimento a uma família. O fato que eu me chame Michel é pertencimento ao conjunto de pessoas que se chamam Michel. Tudo isso são pertencimentos. E, por conseqüência, confundir pertencimento com identidade é a própria definição de racismo. Porque se diz: ele é negro, ele é judeu, ele é católico, ele é... Não! Ele é Michel Serres. A identidade não deve ser confundida com pertencimento. Uma coisa é: $A = A$ ("A" idêntico a "A"); outra coisa é: A pertence ao conjunto "A".

Rogério da Costa - E, contudo, é verdade que várias pessoas confundem sua identidade com seu pertencimento e se relacionam com os outros em nome de algo que é apenas um pertencimento e não sua identidade...

Michel Serres - Jamais farão progressos. É preciso ensiná-las de que se trata

apenas de um pertencimento. Mas podemos ir mais longe e dizer: "qual é sua identidade?" Bem, minha identidade é a intersecção de todos os meus pertencimentos. Eu sou brasileiro + moreno + filósofo + médico + ... + ... + ... e mais eu tenho pertencimentos, mais eu enriqueço minha identidade.

Ricardo Teixeira - E esses pertencimentos derivam, isto é, não são sempre os mesmos...

Michel Serres - Isso mesmo... Sempre exteriores. Mas se você confunde o fato de ser brasileiro com você mesmo, bem, evidentemente, neste caso, você vai assassinar o "não-brasileiro" em você...



"Mestiço, mulato... resultante e rico em sangues, culturas e heranças múltiplas, Arlequim representa um tesouro universal de humanidade, independência... e adaptação dócil a vários mestres, de sabedoria, astúcia, risos e misericórdia... Como soma de todos os homens, possa ele inspirar os operários de filosofia."

Michel Serres. *A Lenda dos Anjos*.
São Paulo: Aleph, 1995. p.135.

Ricardo Teixeira - E a noção de saúde, não corresponderia igualmente a uma noção dinâmica, muito mais do que um estado bem definido? Por exemplo, em Canguilhem: mesmo partindo da idéia de "normatividade vital", a saúde se define sempre por uma certa independência do instrumental médico: "eu estou em boa saúde na medida em que eu posso prescindir dele". Contudo, pode-se observar cada vez mais uma definição implícita de saúde que diz: "eu estou em boa saúde na medida em que eu mantenho um certo acoplamento com o instrumental médico". Trata-se de uma definição de saúde que compreende a idéia de um acoplamento do corpo com certos objetos...

Michel Serres - Você fala de Canguilhem e seu nome me veio ao espírito várias vezes durante a conferência, sem que eu o tenha citado. Ele faz parte do grupo de pessoas que tinha do vivo uma idéia antiga. Ele nada conheceu do que eu disse esta tarde, nada...

Ricardo Teixeira - E, contudo, ele escreveu depois da guerra...

Michel Serres - Sim, depois da guerra e ele desconhecia completamente a bioquímica. Eu me lembro - eu fui seu aluno - o dia em que fiz uma exposição sobre

o repressor do sistema da lactose. Ah... Eu nunca vi esse homem mais "doente"! Ele ficou completamente perdido, completamente perdido: "O que é um repressor? O que é uma proteína? O que é o DNA?" Para ele, a Medicina era a Medicina de antes da guerra. Se você lê *O normal e o patológico*, não há nele uma única proteína, nenhum dos sistemas de estratégia de saúde que nós desenvolvemos nos últimos trinta anos. Portanto, ele faz parte desta aproximação do vivo que caracterizava a geração que nos precede e cuja visão nós transformamos completamente...

Ricardo Teixeira - Neste caso, o Sr. está de acordo quando eu digo, por exemplo, que a definição de saúde não pode mais ser estabelecida independente dos objetos técnicos...

Michel Serres - Absolutamente.

Ricardo Teixeira - Eu gostaria que o Sr. falasse um pouco como vê este outro conceito de saúde...

Michel Serres - Creio que não teremos tempo de tratar completamente essa questão agora, mas posso falar um pouco de uma nova idéia de médico. Eu tenho uma nova idéia do médico. Há uns quarenta anos que o prêmio Nobel de Medicina não é dado a um médico; ele é sempre dado a um biólogo. Tem-se a impressão que a Medicina foi roubada do médico, uma vez que os biólogos são os autores da nova concepção do vivo, da nova farmácia, das novas terapêuticas, das novas estratégias concernentes à sua relação com os elementos orgânicos etc., e, portanto, o médico recuou e sua única maneira de se defender é absorver mais e mais informação biológica, não é? Então, o médico ganha outra vez terreno e se torna cientista. E vê-se muito bem como nos países ocidentais o médico tende a se tornar mais e mais *savant* (douto, erudito em questões científicas), a se tornar biólogo. Bem, eu creio, eu sonho com um terceiro estado do médico. Primeiro, o médico era Canguilhem - de uma certa maneira, Canguilhem é a "não-ciência" -; em seguida, o médico se torna biólogo; é preciso, agora, que dê um terceiro passo: definir em relação a esta ciência, que tende a se tornar universal, uma nova relação com o indivíduo. Quer dizer, há um terceiro estado do médico hoje, que consiste na idéia de reformar as relações médico-paciente, levando em conta a ciência tal como ela se constituiu nos últimos trinta anos e, de repente, na sua relação, esquecê-la. Percebe? Um pouco como já se disse outrora, a "douta ignorância". Você se lembra da "douta ignorância"?

Ricardo Teixeira - De Nicolau de Cusa.

Michel Serres - Sim, isso mesmo. Quer dizer que o médico deve ser *savant*, mas ao mesmo tempo deve saber esquecer sua ciência. Porque aquilo que busca o doente não é mais, de modo algum, um resultado de laboratório. Isso o laboratório lhe dará sempre. Ele quer outra vez uma relação humana com o médico. Ele quer outra vez uma relação como a que havia em outros tempos, dado que as garantias científicas nós já temos. Então, que o médico seja *savant*, mas que ele esqueça sua ciência. *Voilà!*

Rogério da Costa - Portanto, nós temos o que aprender com as práticas analíticas, por exemplo?

Michel Serres - Sim, exceto pelo fato que as práticas analíticas são menos científicas que...

Rogério da Costa - Elas são menos científicas mas, de qualquer forma, se um médico puder ter um olhar sobre o ser humano um pouco mais global...

Michel Serres - Sim, sim.

A idosa e o médico.
Extraído da obra *A morte tão próxima*, de
Valérie Winckler



Ricardo Teixeira - Neste último exemplo o Sr. tratou principalmente da relação do “médico privado”. O Sr. acredita que, tal qual afirmou em sua conferência, a chamada “medicina pública” continuará a responder por mais de 80% das conquistas no campo da saúde?

Michel Serres - Eu fiz um balanço da Medicina, em alguns anos da sua história. Mesmo tomando decisões, você sabe, essas grandes decisões - por exemplo, no início do século se disse: “todo parteiro deverá lavar as mãos” etc. -, percebeu-se que todas essas decisões obrigatórias, com o controle da limpeza, salas de operação com controle etc., tudo isso era de uma eficácia extraordinária...

Ricardo Teixeira - Mas o Sr. acredita que a sociedade terá sempre uma dívida muito maior com a chamada “Medicina pública” do que com a “Medicina privada”?

Michel Serres - Sim, eu acredito. Porque, da mesma forma que eu digo que o novo médico terá uma nova relação com o indivíduo, da mesma forma tudo o que eu disse da ciência vai se recolocar do lado da “Medicina coletiva”. Vocês, os sanitaristas, carregarão o peso da ciência e o médico clínico carregará o peso da relação privada. É só a “Medicina pública” que poderá, sem dúvida, suportar os altos custos e os grandes problemas implicados pela Biologia, que se tornou de tal forma complexa.



WILLIAM DEGÓUVE DE NUNQUES, *Anjo da noite*, 1964.



Sempre polifônico e por vezes discordante, eis o coraçoão insuado dos anjos.

Lily

Ciência em ação

como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora

LATOUR, B., São Paulo: Editora Unesp, 1999.

“Ciência” é uma palavra em alta nas sociedades ocidentais (ou em todo mundo “globalizado”, o que dá na mesma). Uma lavagem de tapete, um corte de cabelo, um mapa astral ganham outro estatuto quando se afirma que são “científicos”. Dessa forma, determinar o modo como a ciência é produzida, transmitida e exportada é tarefa essencial para a compreensão da sociedade contemporânea.

Das diferentes formas de se aproximar da ciência, a mais tradicional tem sido o estudo da estrutura do suposto “método científico”. Os resultados, seja no domínio da Filosofia, seja no da História ou da Sociologia da Ciência, parecem pouco convincentes. Sem dúvida que a ciência é central para o progresso, sem dúvida que ela evolui, mas fica difícil atribuir seu sucesso a um método, a um conjunto de regras que todos os participantes do “jogo científico”, tácita ou explicitamente, concordam em seguir. Nos anos setenta pesquisadores tentam uma nova tática: estudar a atividade dos cientistas do mesmo modo que antropólogos estudam comunidades isoladas e distantes. Latour é um dos pioneiros nessa vertente, junto de Steve Woolgar, Karin Knorr Cetina, Michael Mulkay, entre outros. Mas praticamente só Latour, por sua clareza, acessibilidade e escolha de bons problemas para estudo, ultrapassou o círculo restrito de especialistas e alcançou reconhecimento mais amplo. Hoje, é um autor do qual pode-se discordar, com cujos escritos pode-se polemizar, mas é impossível não ter posição a seu respeito. E isso já é o suficiente para atestar sua relevância.

A idéia de uma Antropologia da Ciência parece, de saída, um tanto imprópria. Faz-se antropologia de comunidades ditas primitivas ou simples, ou de subgrupos ditos

mais ou menos homogêneos e simples dentro de uma sociedade complexa. Mas e fazer antropologia da comunidade científica, do grupo por definição mais evoluído (não importa aqui se isso é verdade ou não), racional e complexo do planeta?

Os resultados com que Latour emergiu desses estudos antropológicos têm pouco a ver com a imagem que a própria comunidade científica tem de si e divulga externamente.

Estudando os “nativos” (Latour foi antropólogo residente em um laboratório de Bioquímica, na Califórnia, nos anos setenta), o autor mostra que a essência da atividade científica é criar enunciados e subtrair-lhes modalidades (a partir do enunciado “X acha que a substância Y é responsável pelo efeito cuja medida é Z”, criar o enunciado “Y causa Z”) e transladar interesses, isto é, a

comunidade acadêmica deve sempre aumentar as alianças entre seus membros e entre estes, seus equipamentos e o “mundo objetivo”; para isso, é preciso que todos (todos mesmo) se transformem no processo. Seu livro “Vida de Laboratório” examina tais translações, mas é em “Ciência em Ação” que as pesquisas antropológicas ganham a dimensão de teoria geral acerca do funcionamento da ciência moderna.

Se os estudos nessa vertente antropológica - e a ambiciosa teoria daí derivada - vão ter resultados mais convincentes no que diz respeito ao estranho sucesso humano em compreender o mundo, ainda é cedo para saber.

Mas é evidente desde já que o enfoque é original e ajuda a esclarecer o trânsito conturbado das vias que ligam ciência e sociedade.

Jesus de Paula Assis,
coordenador do Núcleo de Edição do Instituto Itaú
Cultural, São Paulo.



Cenas do filme Metrópolis, de Fritz Lang.

Cibercultura

LÉVY, P. Trad. Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 1999. 260 p.

Pensar a cibercultura: esta é a proposta deste livro. Em geral me consideram um otimista. Estão certos. Meu otimismo, contudo, não promete que a Internet resolverá, em um passe de mágica, todos os problemas culturais e sociais do planeta. Consiste apenas em reconhecer dois fatos. Em primeiro lugar, que o crescimento do ciberespaço resulta de um movimento internacional de jovens ávidos para experimentar, coletivamente, formas de comunicação diferentes daquelas que as mídias clássicas nos propõem. Em segundo lugar, que estamos vivendo a abertura de um novo espaço de comunicação, e cabe apenas a nós explorar as potencialidades mais positivas deste espaço nos planos econômico, político, cultural e humano. (p.11)

REDE

A hipótese que levanto é a de que a cibercultura leva a co-presença das mensagens de volta a seu conexto como ocorria nas sociedades orais, mas em outra escala, em uma órbita completamente diferente. A nova universalidade não depende mais da auto-suficiência dos textos, de uma fixação e de uma independência das significações. Ela se constrói e se estende por meio da interconexão das mensagens entre si, por meio de sua vinculação permanente com as comunidades virtuais em criação, que lhe dão sentidos variados em uma renovação permanente. (p.15)

INTERCONEXÃO DE MENSAGENS

COMUNICAÇÃO DIGITAL

O ciberespaço (que também chamarei de "rede") é o novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. O termo especifica não apenas a infra-estrutura material da comunicação digital, mas também o universo oceânico de informações que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam esse universo. Quanto ao neologismo "cibercultura", especifica aqui o conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço. (p.17)

Um mundo virtual, no sentido amplo, é um universo de possíveis, calculáveis a partir de um modelo digital. Ao interagir com o mundo virtual, os usuários o exploram e o atualizam simultaneamente. Quando as interações podem enriquecer ou modificar o modelo, o mundo virtual torna-se um vetor de inteligência e criação coletivas. (p.75)

CRIAÇÃO COLETIVA

A cibercultura dá forma a um novo tipo de universal: o universal sem totalidade. E, repetimos, trata-se ainda de um universal, acompanhado de todas as ressonâncias possíveis de serem encontradas com a filosofia das luzes, uma vez que possui uma relação profunda com a idéia de humanidade. Assim, o ciberespaço não engendra uma cultura do universal porque de fato está em toda parte, e sim porque sua forma ou sua idéia implicam de direito o conjunto dos seres humanos. (p.119)

UNIVERSAL SEM TOTALIDADE

A emergência do ciberespaço é fruto de um verdadeiro movimento social, com seu grupo líder (a juventude metropolitana escolarizada), suas palavras de ordem (interconexão, criação de comunidades virtuais, inteligência coletiva) e suas aspirações coerentes. (p.123)

COMUNIDADES VIRTUAIS

Do mais básico ao mais elaborado, três princípios orientaram o crescimento inicial do ciberespaço: a interconexão, a criação de comunidades virtuais e a inteligência coletiva. (p.127)

A interconexão para a interatividade é supostamente boa, quaisquer que sejam os terminais, os indivíduos, o lugares e momentos que ela coloca em contato. As comunidades virtuais parecem ser um excelente meio (entre centenas de outros) para socializar, quer suas finalidades sejam lúdicas, econômicas ou intelectuais, quer seus centros de interesse sejam sérios, frívolos ou escandalosos. A inteligência coletiva, enfim, seria o modo de realização da humanidade que a rede digital universal felizmente favorece, sem que saibamos *a priori* em direção a quais resultados tendem as organizações que colocam em sinergia seus recursos intelectuais. Em resumo, o programa da cibercultura é o universal sem totalidade. (p.132)

INTELIGÊNCIA COLETIVA

Qualquer reflexão sobre o futuro dos sistemas de educação e de formação na cibercultura deve ser fundada em uma análise prévia da mutação contemporânea da relação com o saber. Em relação a isso, a primeira constatação diz respeito à velocidade de surgimento e de renovação dos saberes e *savoir-faire*...

A segunda constatação, fortemente ligada à primeira, diz respeito à nova natureza do trabalho, cuja parte de transação de conhecimentos não pára de crescer...

Terceira constatação: o ciberespaço suporta tecnologias intelectuais que amplificam, exteriorizam e modificam numerosas funções cognitivas humanas: memória... imaginação... percepção... raciocínio. (p.157)

REDE DIGITAL

ENSINO ABERTO E A DISTÂNCIA

... duas grandes reformas são necessárias nos sistemas de educação e formação. Em primeiro lugar, a aclimação dos dispositivos e do espírito do EAD (ensino aberto e a distância) ao cotidiano e ao dia a dia da educação...

...A segunda reforma diz respeito ao reconhecimento das experiências adquiridas. Se as pessoas aprendem com suas atividades sociais e profissionais, se a escola e a universidade perdem progressivamente o monopólio da criação e transmissão do conhecimento, os sistemas públicos de educação podem ao menos tomar para si a nova missão de orientar os percursos individuais no saber e de contribuir para o reconhecimento dos conjuntos de saberes pertencentes às pessoas, aí incluídos os saberes não-acadêmicos. (p.158)

Não existe uma abordagem neutra ou objetiva da cibercultura, e este ensaio não foge à regra. Qual é, então, o projeto subjacente à minha descrição?

Estou profundamente convencido de que permitir que os seres humanos conjuguem suas imaginações e inteligências a serviço do desenvolvimento e da emancipação das pessoas é o melhor uso possível das tecnologias digitais. (p.208)

PRESEANÇA VIRTUAL

A cibercultura expressa uma mutação fundamental da própria essência da cultura. De acordo com a tese que desenvolvi neste estudo, a chave da cultura do futuro é o conceito de universal sem totalidade. Nessa proposição, "o universal" significa a *presença virtual da humanidade para si mesma*. O universal abriga o aqui e agora da espécie, seu ponto de encontro, um aqui e agora paradoxal, sem lugar nem tempo claramente definíveis... O horizonte de um

ciberespaço que temos como universalista é o de interconectar todos os bípedes falantes e fazê-los participar da inteligência coletiva da espécie no seio de um meio ubiqüitário. (p.247)

A cibercultura mantém a universalidade ao mesmo tempo em que dissolve a totalidade. Corresponde ao momento em que nossa espécie, pela globalização econômica, pelo adensamento das redes de comunicação e de transporte, tende a formar uma única comunidade mundial, ainda que essa comunidade seja - e quanto! - desigual e conflitante. Única em seu gênero no reino animal, a humanidade reúne toda sua espécie em uma única sociedade. Mas, ao mesmo tempo, e paradoxalmente, a unidade do sentido se quebra, talvez porque ela comece a se realizar na prática, pelo contato e a interação efetivos. Conectadas ao universo, as comunidades virtuais constroem e dissolvem constantemente suas micrototalidades dinâmicas, emergente, imersas, derivando entre as correntes turbilhonantes do novo dilúvio. (p.249)

COMUNIDADE MUNDIAL

O uso crescente das tecnologias digitais e das redes de comunicação interativa acompanha e amplifica uma profunda mutação na relação com o saber. Ao prolongar determinadas capacidades cognitivas humanas (memória, imaginação, percepção), as tecnologias intelectuais com suporte digital redefinem seu alcance, seu significado, e algumas vezes até mesmo sua natureza. As novas possibilidades de criação coletiva distribuída, aprendizagem cooperativa e colaboração em rede oferecidas pelo ciberespaço colocam novamente em questão o funcionamento das instituições e os modos habituais de divisão do trabalho, tanto nas empresas como nas escolas.

Como manter as práticas pedagógicas atualizadas com esses novos processos de transação de conhecimento? Não se trata aqui de usar as tecnologias a qualquer custo, mas sim de *acompanhar consciente e deliberadamente uma mudança de civilização* que questiona profundamente as formas institucionais, as mentalidades e a cultura dos sistemas educacionais tradicionais e sobretudo os papéis de professor e de aluno. (p. 172)

APRENDIZAGEM COOPERATIVA

Miriam Celí P. P. Foresti
Departamento de Educação,
Instituto de Biociências,
Unesp/Botucatu.

Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação

Estudamos o trabalho em saúde, com o objetivo de analisar as concepções de agentes sobre o sentido do trabalho em equipe multiprofissional e as evidências empíricas do caráter coletivo desse trabalho. Tomamos, como referencial teórico, os estudos do processo de trabalho em saúde e do agir comunicativo, buscando observar a dialética trabalho-interação no material empírico coletado. Realizamos a pesquisa de campo pela observação direta do cotidiano de trabalho em quatro situações distintas (enfermaria clínica e unidade de terapia intensiva, hospitalares; ambulatório de especialidades gerais e ambulatório de saúde mental) e por meio de entrevistas com profissionais inseridos nas equipes de trabalho. Partindo da definição de uma tipologia que distingue equipe agrupamento e equipe integração, e analisando como se configuram os aspectos de complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados, de articulação desses trabalhos, da autonomia técnica e da

interação dos agentes, observamos que nas quatro situações estudadas os profissionais projetam a perspectiva da equipe integração, embora encontrem-se em situações de agrupamento, estando o ambulatório de saúde mental mais próximo do que denominamos equipe integração. Também observamos que a diferença técnica dos trabalhos especializados transmuta-se em desigualdade valorativa dos mesmos. O trabalho em equipe emerge como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. No bojo da relação entre trabalho e interação os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho.

Marina Peduzzi
Tese de Doutorado, 1998
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas



Treinamento de enfermeiras no St. Luka's Hospital, 1899.
Museum of City of New York.

O significado da prática profissional e do ensino em Unidade Básica de Saúde:

um estudo de cultura organizacional no Centro de Saúde-Escola Barra Funda

Estudo de cultura organizacional realizado no Centro de Saúde-Escola Barra Funda, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, abrangendo os aspectos históricos de sua formação e trajetória, assim como as concepções de funcionários e professores envolvidos nos trabalhos de assistência, ensino e pesquisa, com o objetivo de compreender o significado da organização para os que nela atuam servindo a população que habita, transita ou trabalha na área de abrangência da unidade de saúde.

A investigação seguiu os procedimentos indicados pelos estudos de caso, configurando-se, portanto, como um trabalho qualitativo. A análise em profundidade da unidade investigada tornou-se relevante pelo significado de sua participação enquanto prestadora de serviços de saúde na região central de São Paulo, assim como pelo seu caráter de promover experiências em assistência, na formação de recursos humanos para a rede pública de saúde e ensino. Este tipo de estudo permitiu investigar as particularidades da unidade de saúde, além de criar condições para a reflexão sobre o universo de unidades prestadoras de serviços de assistência, ensino e pesquisa.

Foi utilizado na pesquisa o levantamento direto de informações pela técnica de entrevistas semi-estruturadas, o que possibilitou o levantamento de informações fundamentais à composição do quadro de concepções existentes naquele momento.

Também foram levantados e analisados documentos e teses que tiveram por objeto

a unidade, além da participação em atividades tais como reuniões semestrais, ou conversas informais que, muitas vezes, derivavam para o objeto de investigação. O estudo propiciou uma compreensão da unidade sob a perspectiva das mudanças ocorridas no perfil da clientela assistida e das mudanças internas desenvolvidas para acompanhar a dinâmica das transformações sociais. Ao serem incorporados ao serviço segmentos sociais até então não assistidos de forma sistemática - moradores de rua e profissionais do sexo, por exemplo, pode-se inferir que as transformações internas à organização não ocorrem somente pela imposição da dinâmica exterior à mesma, mas também pela existência de concepções e práticas que justificam a afirmação de um serviço público voltado para a compreensão da dinâmica social e das soluções que possam ser viabilizadas. Neste sentido, concluiu-se que a atuação da unidade está respaldada na promoção e proteção à saúde da população, orientadas por um conjunto de valores que tornam viáveis a reflexão e novas práticas na assistência à saúde.

Cássio Silveira

Tese de doutorado, 1999
Faculdade de Saúde Pública,
Universidade de São Paulo

Currículo Paralelo em Medicina:

o caso da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco

Este estudo está inserido no processo geral de avaliação do ensino médico na Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco, buscando contribuir com uma visualização do aprendizado referido pelos estudantes, por meio de suas atividades extracurriculares, paralelas ao ensino oficial da instituição. Nestas, o aprendiz articula a experiência pessoal, herança de um trabalho artesanal, às redes profissionais de trabalho médico e às complexas engrenagens de mercado.

O tipo de estudo foi seccional, com amostra aleatória, estratificada por períodos e calculada considerando um intervalo de confiança de 74,8 a 85,2%. Utilizando-se técnicas de observação direta extensiva e aplicação de formulários, foram entrevistados 181 estudantes do primeiro ao 12º períodos e idade média de 21,7 anos.

A amostra identificou um total de 639 estágios de pesquisa, monitoria e em serviços de saúde - 57% -, conferindo uma média de mais de 3,6 estágios por aluno. A prevalência dessas práticas encontrada na amostra foi de 80%. Os estágios começaram a ser frequentados a partir do segundo semestre de curso, atingindo a 100% dos alunos a partir do oitavo, motivados principalmente pela necessidade de aprendizado prático (60%); 19% dos estágios foram remunerados e 37,9% tiveram supervisão insuficiente ou ausente, principalmente entre os serviços públicos. A Urgência foi o grande campo de estágios (75%) .

Vista *a priori* como não estruturada, essa prática de ensino-aprendizado constitui-se com distintos graus de formalização e

normatização dos processos de trabalho, possíveis e pertinentes a cada local onde é oferecido esse tipo de estágio, na dependência de sua relação com a escola. Dentre outras possibilidades interpretativas do problema “currículo paralelo”, reconstruído como objeto de investigações futuras, aponta-se a tarefa principal do aprendiz médico: dominar o máximo possível os procedimentos-meio e estar neles atualizado, a fim de minimizar a quebra dupla de confiança, entre ele e seu futuro paciente, e dele, futuro médico, nele mesmo.

Otávio Augusto de Andrade Valença

Dissertação de Mestrado, 1999

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP



HANS VON GERSDORFF'S, 1540. Museu de Arte de Filadélfia.



AMBROISE PARÉ, Estudo de mão artificial, século XVI,
Academia de Medicina de Nova York.

Seminário internacional: uma tribuna para a ciência na América Latina

Denise Leite¹

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, foi sede de um inusitado encontro em novembro de 1999 - *Universidade e ciência na América Latina: a ciência para o século 21*. A mesma ciência que produziu os conhecimentos e as tecnologias que tornam mais fácil a vida de milhares de indivíduos em nosso conturbado universo, não foi abordada sob a ótica de suas aplicações, de seus métodos ou de sua construção e relevância histórica. Sem que nesse evento estes temas tenham sido descurados, a ciência foi tratada sob o enfoque político e social. Assim, na perspectiva dos dirigentes institucionais de seu principal *locus* de produção - a universidade latino-americana- dos agentes financiadores, dos gestores governamentais, dos pesquisadores, dos alunos e docentes (universitários e do ensino fundamental), foi discutida a ciência para o século 21, tendo como referencial básico os resultados e as propostas da Conferência Mundial UNESCO, realizada em Budapeste, Hungria.

Tal como lá, o pensamento central do seminário esteve articulado à idéia de uma

nova visão e uma conseqüente nova missão para a ciência, missão esta que envolve, também, um novo contrato da ciência com a sociedade. Foi destacado que, se a ciência avançou de forma expressiva nesse século, ela o fez, contudo, sem resolver os grandes problemas das condições de vida dos povos dos países emergentes. Suas aplicações mais relevantes permaneceram sensíveis apenas a uma parte da humanidade. Por outro lado, seu emprego e sua produção contribuem para aumentar os desequilíbrios regionais e a exclusão social, tanto de pessoas, pelo analfabetismo científico, quanto de países, alijados do acesso às conquistas e tecnologias mais recentes. Haveria, pois, uma divisão social da ciência e a América Latina investindo apenas 0,3% de seu PIB em Investigação e Desenvolvimento, estaria inviabilizando o futuro de seus cidadãos, pois seus pesquisadores estariam limitados a reproduzir e consumir ciência antes de poder produzi-la.

Foi apontado, por exemplo, que a Conferência de Budapeste não teria dado o realce necessário a alguns pontos polêmicos

¹ Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

visíveis nas complexas relações entre ciência, tecnologia, políticas públicas, universidade e sociedade, subentendendo-se o setor produtivo como parte desta. Entre estes pontos, importantes para a realidade latino-americana, incluem-se a existência de relações assimétricas entre “produtores” e “consumidores” de ciência, a permanência do analfabetismo científico, a pequena e até inexpressiva divulgação científica em nossos meios de comunicação e, também, a falta de um entendimento adequado sobre o sentido de políticas para ciência e da ciência para as políticas sociais. Com isto, ressalta a importância da democracia para todo o fazer científico e tecnológico. Os participantes do seminário especificaram esses pontos, afirmando o seguinte: existência de uma relação assimétrica entre os modos de percepção da ciência pela sociedade e das necessidades da sociedade pelo cientista, na medida em que a sociedade está inadequadamente informada sobre muitos dos avanços e potencialidades da ciência; as dificuldades da alfabetização em ciência, e em tecnologia, o que envolve uma maior especificação dos objetivos e dos níveis da formação do profissional-pesquisador e do profissional-ensinador de ciências - ambos devem receber formação científica adequada e em sintonia com o tempo presente; a necessidade de compreender, com clareza, a

relação entre ciência e desenvolvimento sustentável considerando a importância da distinção entre *políticas para ciência* (science policy) e *contribuições da ciência para o fortalecimento das políticas de desenvolvimento social* (science for policy) e das ações governamentais nessas duas direções; o valor da difusão da ciência, que engloba a popularização de seus resultados, com vistas a diminuir as distâncias entre os que produzem ciência e aqueles que consomem ciência, entre os centros produtores e a sociedade; neste campo, a mídia tem papel de destaque, especialmente em sociedades que são democracias recentes, e que, por isso mesmo, precisam resgatar seus compromissos sociais; o papel do binômio ciência-democracia, uma vez que se entende o desenvolvimento científico e tecnológico diretamente relacionado com um Estado democrático que assegure os direitos básicos de inclusão social do cidadão e das coletividades; Estados não democráticos, ou democráticos, mas alinhados com políticas neoliberais globalizantes e globalizadoras, impõem grandes sacrifícios aos seus cientistas, às suas universidades, bem como, dificuldades ao crescimento e à expansão do conhecimento em níveis de liberdade conseqüentes com sua produção e disseminação; a articulação ciência-tecnologia - universidade- sociedade, fundada



na escuta, no respeito às diferenças e às necessidades dos diferentes extratos sociais e, ainda, na avaliação conjunta de compromissos firmados em parcerias, por envolver ações socialmente comprometidas com uma melhor qualidade de vida planetária, precisam se apoiar nas *exigências de uma ética de interação dialógica*.

Observando com atenção essas grandes questões, ou desafios, pode-se deduzir que este seminário constituiu-se uma grande tribuna. Tribuna essa que, privilegiada ao constituir-se com múltiplos sujeitos, representou, no entanto, apenas uma pequena amostra de distintos segmentos acadêmicos e não acadêmicos, que vincula as questões da ciência com a identidade dos povos latino-americanos.

Uma das perguntas que se impôs durante o evento, foi: “*Afinal, o que significa fazer ciência na América Latina?*”

Considerando que nenhum dos participantes guardava dúvidas sobre a necessidade do fazer científico e do seu locus de produção - a universidade -, destacou-se que, para esta parte do mundo, neste momento, esta não é uma pergunta redundante ou óbvia. Ela é uma questão crucial. Crucial para o desenvolvimento, para o progresso, para a paz. E, na medida em que a incorporação da ciência ao debate deixar de ser feita apenas em espaços reservados, como o dos seminários e conferências, e se tornar parte do cotidiano, uma questão como outras a ser debatida dentro e fora das escolas e universidades; na medida em que a utilização dos conhecimentos e das tecnologias vier a atender aplicações mais satisfatórias para todos, também a sociedade passaria a compreender melhor a aplicação dos recursos públicos, ou privados, destinados à produção científica. Esta seria uma das tarefas centrais em uma sociedade democrática, afirmou um dos palestrantes, que entende que fazer ciência na América Latina significa desenvolver tanto as ciências naturais quanto as sociais, de tal forma que as culturas próprias possam emergir,

resgatando identidades.

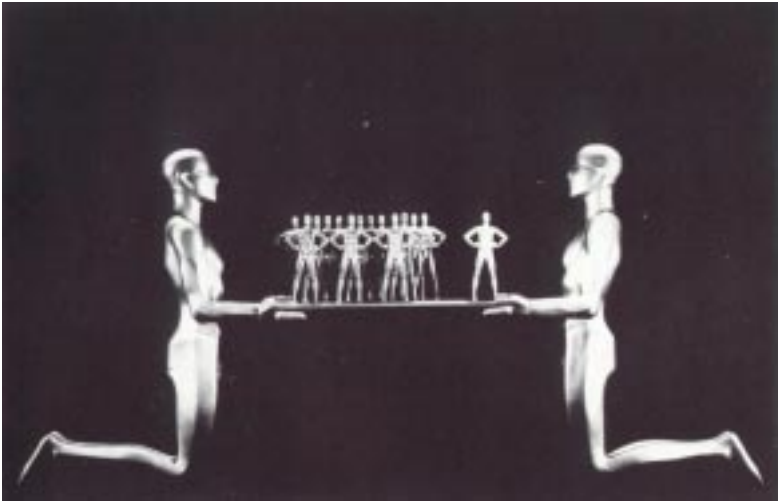
Nessa linha de raciocínio, a grande tribuna defendeu o aumento da formação qualificada de cientistas, do número de institutos tecnológicos, das linhas de investigação regional, atentas às realidades próprias e localizadas sem descuidar suas interfaces com o conhecimento universal.

E, se existem dificuldades de toda ordem para que a produção da ciência seja mais constante e adequada, existem também, no seio das universidades públicas, espaços onde tal construção está em pleno andamento. Importa, no entanto, tal como semente em crescimento, protegê-los, considerando suas fragilidades, para que cheguem a constituir a árvore frondosa que abrigará as descobertas e realizações do futuro.

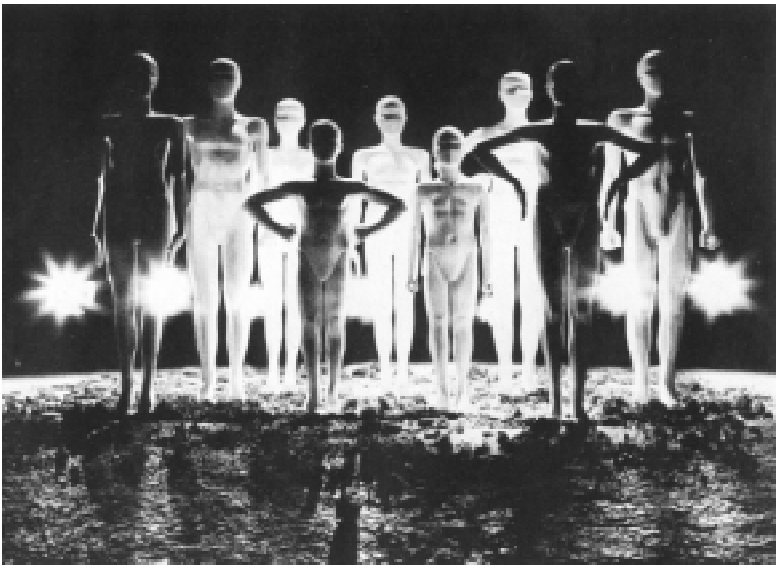
Este é o compromisso presente daqueles que têm a responsabilidade imediata com a ciência, dos países onde o PIB não está crescendo em taxas compatíveis com as necessidades de suas populações. Não se trata de abdicar da produção por falta de insumos, ou porque outros jardins estão mais floridos e apresentam terras de “melhor qualidade” ou, neles, o adubo é abundante. Trata-se de conservar agora o que existe, para que, em o fazendo, não se abdique do direito de ser uma nação e de usufruir a própria riqueza gerada no continente. Este é um caminho de reencontro com as pessoas, com a vida; uma outra forma de fazer ciência, produzir conhecimento e resgatar culturas que, sendo da aldeia é, ao mesmo tempo, global.

“*Faz falta toda uma aldeia para educar uma criança*”, disse Román Mayorga, um dos conferencistas, ao apontar nove desafios para a universidade latino-americana do século 21. E mais, “*por isto, ainda que os desafios para a ciência em países emergentes também possam ser enumerados e, entre eles, ressalte o papel pró-ativo das universidades, permanece a importância da aldeia global na educação de todas as pessoas, permanece a importância das conexões para que se possam ampliar as fronteiras das nações e povos latino-americanos*”.

Mini Multi-man.



San Jacopo Show, Multi-Kids.



Qual o ensino médico eficaz?

Os “quase doutores” do Espírito Santo dão sua opinião*

Ana Gláucea Quarto Silva¹
Carlos Carnelli Silva Demoner²
Carlos Henrique Segall Junior³
Daví Dias Pagotto⁴
Sabrina Tiradentes Ferreira⁵

Introdução

No momento em que reitores, diretores, professores e pessoas direta ou indiretamente ligadas às Escolas Médicas se engajam no propósito de melhorar o ensino da Medicina em nosso país, qual tem sido a contribuição dos alunos do Espírito Santo à CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico)? Em nosso Estado, pequena e inexpressiva.

A proposta deste texto é analisar nossa realidade a partir dos anseios dos alunos de Medicina, sextanistas dos cursos de graduação em Medicina das Faculdades médicas do Espírito Santo - a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), a partir da pergunta: qual seria o ensino médico eficaz? Esperamos que os resultados

deste trabalho possam ser úteis para as discussões desenvolvidas no âmbito do Projeto CINAEM, no qual acreditamos.

O estudo: desenvolvimento e resultados

O estudo foi realizado com os objetivos: a) identificar estratégias mais eficientes para a solução de dificuldades e problemas apontados pelos alunos com relação ao modelo de ensino médico em vigência nos cursos de Medicina do Espírito Santo; b) fornecer subsídios à direção das Faculdades que possam auxiliar na construção de um modelo de ensino-aprendizagem mais condizente com as expectativas dos profissionais de saúde; c) definir, segundo a visão dos alunos, a qualidade do “terreno” no qual o Projeto CINAEM vem “plantando” suas “sementes”, no sentido de que se possa traçar novos caminhos ou conservar as rotas até então seguidas.

* Este estudo teve por objetivo, mediante questionário apresentado aos alunos sextanistas do Curso de Graduação, levantar opiniões sobre o atual ensino adotado pelas Faculdades de Medicina do Espírito Santo para oferecer, aos gestores dessas instituições, dados de nossa realidade que possam contribuir para a construção de um modelo de ensino-aprendizagem mais adequado e compatível com as demandas sociais do setor saúde na sociedade contemporânea.

^{1,2,3,4,5} Acadêmicos da graduação do curso de Medicina da EMESCAM - Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES.
Orientador: Luís Renato da Silveira Costa, professor de Deontologia Médica e Coordenador do curso de Medicina da EMESCAM.
Colaboradores: Paulo Bonates, professor de Psicologia Médica da EMESCAM e Renata Maria Teixeira Lengruber, acadêmica da graduação do curso de Medicina da EMESCAM.

Foi utilizado um estudo de corte transversal com alunos sextanistas do curso de graduação em Medicina das escolas médicas do Espírito Santo. Utilizou-se, para tal, um questionário padrão, e foram realizadas entrevistas pessoais e direcionadas. O estudo abrangeu 25% dos formandos em Medicina do ano de 1999, perfazendo um total de cinquenta entrevistas, com vinte alunos da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e trinta alunos da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

Os resultados obtidos, sintetizados abaixo, envolvem diferentes aspectos da formação e atuação profissional.

Após o questionamento - por que fazer Medicina? - a grande maioria dos acadêmicos relatou o desejo de serem médicos como um sonho de infância, não se imaginando exercer outra profissão. Atribuem isto a uma pretensa aptidão e satisfação pessoal, ao fato de “poderem salvar vidas, curar e ajudar as pessoas, com base na ciência”. Muitos alunos confessaram terem concretizado e solidificado seus ideais dos “tempos de cursinho”, aprendendo, no entanto, a encarar as limitações da profissão. Todos revelam amor pelo que fazem, paixão pela arte médica. A influência familiar também aparece como fator decisivo para a escolha da profissão. Curiosamente, foram poucos os que manifestaram anseio de grandes lucros financeiros, poder e “status”. Poucos acreditam ter um futuro profissional e financeiro garantido e outros mudaram de opinião a esse respeito, apesar de terem tido, no início do curso, esta impressão.

Ao descreverem seu processo de amadurecimento, relataram que foi gradativo e ainda se encontram nesse processo, crescendo a cada nova experiência, a cada novo desafio. A maioria diz ter ultrapassado sozinho as barreiras e as dificuldades; outros tiveram o auxílio de pessoas ligadas à Medicina. Reconhecem, entretanto, o isolamento em que se

encontram, em relação ao mundo que os rodeia, em virtude de o curso de Medicina os absorver quase que totalmente, dificultando o convívio saudável com outras áreas do conhecimento humano. Quanto a estarem ou não preparados para exercer a Medicina as opiniões se dividem: uns categoricamente afirmaram que sim; outros acreditam que não e alegam falta de segurança, medo e dependência de profissionais mais experientes.

Ao serem questionados sobre o atual modelo de saúde em vigência no país, usam frases do tipo: “estamos de mãos atadas”; “somos marionetes nas mãos dos que controlam o sistema”. Possuem muitas dúvidas com relação ao SUS (Sistema Único de Saúde). Aos que acham válidos os objetivos do SUS, juntam-se outros, mais revoltados, que expõem sua insatisfação.

Sobre a relação médico-paciente, a maioria diz descer dos degraus de um falso “Olimpo” e se colocar no lugar dos pacientes. Acreditam que o bom relacionamento médico-paciente é fundamental para o tratamento; obtêm maiores informações, a aceitação da medicação e melhoria do estado emocional do paciente.

Quanto ao currículo, todos acham importante o chamado currículo oculto, além da Faculdade, construído por meio do estágio em rede pública, monitorias, participação em concursos públicos, elaboração de trabalhos científicos, estudo de línguas e informática. Ressaltam, entretanto, que um “grande currículo” não é sinônimo de bom profissional.

Especificamente com relação à produção científica, observamos um divisor de águas. Os alunos da EMESCAM afirmaram que a produção em sua Faculdade deixa a desejar e que as poucas iniciativas existentes baseia-se no “peito e na raça”, ou por incentivo de algum professor envolvido em tal prática. Já na UFES, os alunos consideram boas as oportunidades para a pesquisa e elaboração de trabalhos científicos. Todos concordam que o incentivo à pesquisa deve existir e seus

parâmetros devem ser estabelecidos.

Sobre aspectos éticos, emocionais e psicológicos, alegaram conviver bem com a morte, com a cobrança familiar, e com outras ocorrências isoladas. Consideraram, contudo, ser muito grande o conflito interno vivido entre o saber e não poder fazer, entre aceitar sua incapacidade, suas limitações e entender que, às vezes, a situação foge a seu controle.

Questionados sobre o PROVÃO, as opiniões se dividem. Um grupo considerou válido; outro não. Todos concordaram que é necessário definir o que realmente se pretende avaliar, se as escolas ou os alunos. Consideraram as questões mal elaboradas, mal distribuídas entre as disciplinas. Acreditam, em sua maioria, que o PROVÃO tem seu valor porque estimula as escolas médicas a prepararem melhor seus alunos, o que lhes pode ser útil nos concursos para residência médica.

A quase totalidade dos alunos entrevistados acredita ser necessária a residência médica porque a Faculdade não fornece os subsídios necessários ao exercício da prática médica; contudo, questionam os critérios para ingresso nesses programas.

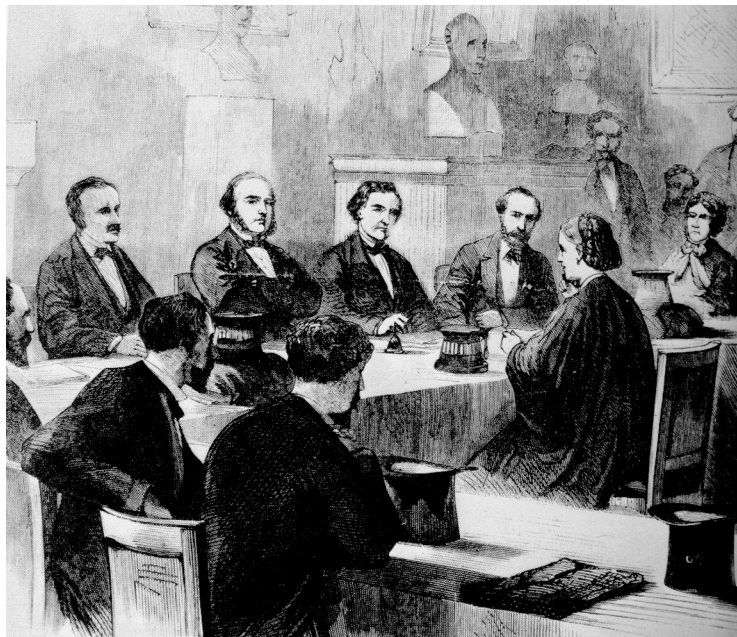
Consideram os médicos brasileiros atuais submetidos a uma jornada excessiva de trabalho, com alto nível de “stress”, recebendo baixa remuneração por seus serviços. Acreditam que os profissionais médicos perderam o “status” e o respeito que outrora gozavam na sociedade e que estes fatores contribuem para que se tenha um serviço de má qualidade e sujeito a erros cada vez mais freqüentes.

Com relação ao corpo docente atualmente existente nas Faculdades, os alunos acreditam que há uma minoria de bons professores. Reclamam da falta de interesse em ensinar, de didática, de atualização, da pouca utilização dos atuais recursos didáticos disponíveis, levando a aulas ineficazes no sentido do aprendizado.

Questionados sobre a melhor forma de os professores estimularem o aprendizado, todos manifestaram interesse por aulas teóricas de qualidade, preferencialmente curtas e por práticas associadas à teoria. Reivindicam maior critério nas avaliações, sugerem elaboração de provas claras e objetivas, que privilegiem aspectos genéricos da atividade profissional e não “rodapés de livros”; maior discussão de casos clínicos, estímulo à pesquisa, realização de debates ou seminários. Alguns manifestaram interesse em estudar de forma autodidata e, neste caso, o professor atuaria como orientador de estudo e esclarecedor de dúvidas. A maioria dos entrevistados não concorda com o atual método de avaliação adotado pelo curso, citando inclusive que as notas não medem o conhecimento de ninguém, nem sinalizam para uma prática profissional de qualidade.

Todos os entrevistados apontaram a falta de recursos dos hospitais-escola como o principal problema enfrentado pelas entidades. Somam-se a estas deficiências, bibliotecas velhas, pouco diversificadas e insuficientes para atender a demanda existente.

Com informações obtidas daqueles que estão terminando o curso e viveram o processo de formação acadêmica recentemente, e sem a pretensão de uma interpretação crítica dos dados levantados, apuramos pontos positivos e negativos do curso médico atual. Acreditamos que os gestores e professores, ouvindo os alunos e analisando criticamente suas sugestões, poderão investir na melhoria do ensino médico, colocando no mercado de trabalho profissionais mais competentes. Já se sabe que existem inúmeras falhas no processo ensino-aprendizagem das escolas médicas. O que fazer para melhorar? Qual o melhor caminho a ser seguido? A hora é esta.



Miss Garrett before the boards of Medical Examiners at Paris, 1870.
Biblioteca Nacional de Medicina, Bethesda.

Processo de Municipalização: uma avaliação do nível de informação dos profissionais de Saúde das Unidades Básicas da região oeste do município de Londrina - Paraná

Maria Lúcia da Silva Lopes¹
Vânia de Oliveira Melo²
Roseli Alves Chiaratto³
Luiz Cordoni Júnior⁴
Cristiane de Andrade Janene Gonini⁵

Introdução

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) trouxe para a área da saúde possibilidades de profundas modificações, especialmente no que se refere à “... viabilidade de superação do fetiche do planejamento central e implantação concreta da descentralização político-administrativa” (Mendes, 1993, p.310).

Como conseqüência, abriram-se ou foram ampliadas as vias da municipalização dos serviços de saúde, hoje em processo, em muitas regiões do país.

Em Londrina, a municipalização iniciou-se na segunda metade da década de setenta (Almeida, 1979) de modo autônomo, ganhando impulso nas décadas de oitenta e noventa com o projeto de Extensão de Cobertura da Secretaria de Saúde do Paraná, as Ações Integradas de Saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo levou à descentralização dos serviços, com a

multiplicação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na periferia urbana e região rural, chegando a 44 unidades em 1990. A partir dessa época houve questionamentos aos paradigmas que orientavam o modelo assistencial vigente, desembocando na adoção de um novo paradigma, o de vigilância à saúde que encontra, na distritalização, sua concretude.

Objetivando a construção de um novo modelo que enfatizasse a intervenção sobre a realidade local por meio de mudanças das práticas sanitárias, iniciaram-se em Londrina discussões e intervenções que culminaram na realização das oficinas de territorialização nas Unidades Básicas de Saúde, as estimativas rápidas participativas e as oficinas de planejamento, coordenadas por um grupo de profissionais da Autarquia Municipal de Saúde. Simultaneamente, ocorreu, em 1994, o treinamento de gerentes de Unidades Básicas de Saúde com o apoio dos docentes do Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária da Universidade Estadual de

¹ Enfermeira, Docente do Centro de Estudos Superiores de Londrina, CESULON.

² Enfermeira do Instituto de Saúde do Paraná, CESULON.

³ Cirurgiã-Dentista da Prefeitura de Cambé, Docente da Universidade Norte do Paraná, UNOPAR.

⁴ Médico Sanitarista, Docente da Universidade Estadual de Londrina, UEL.

⁵ Cirurgiã-Dentista da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, Docente da UNOPAR.

Londrina, o Curso de Gerente de Unidades Básicas de Saúde - GERUS, em nível de especialização, destinado a profissionais de nível superior vinculados às UBS.

Por meio dessas estratégias pretendeu-se aproximar os profissionais de saúde das necessidades da população nos seus territórios, bem como interá-los da política de saúde vigente, expressa no SUS.

Esse processo trouxe grandes desafios e gerou importantes mudanças nos serviços de saúde de Londrina; suscitou, porém, a seguinte preocupação: *Será que os recursos humanos acompanharam e captaram todo esse processo?*

... toda esta municipalização tem dimensões político-ideológicas e pedagógicas objetivando movimentar organicamente os atores sociais do processo de distritalização. A concepção desse processo tem por detrás de si, uma singela constatação: a de que não haverá reforma sanitária se não houver mudança de cada uma das pessoas comuns e correntes que trabalham nos serviços de saúde (Mendes, 1993, p.310).

Com o objetivo de avaliar o nível de informação dos profissionais de saúde das UBS da região Oeste do Município de Londrina que participaram das oficinas de territorialização, sobre tópicos relacionados ao processo de municipalização, analisamos o conhecimento auto-atribuído pelos profissionais de saúde a respeito de territorialização, conferências de saúde, conselhos de saúde e municipalização e aferimos conceitos básicos relacionados ao processo de municipalização por meio de questões objetivas.

Metodologia

Escolhemos a região Oeste de Londrina, composta de sete UBS, pelo fato de os profissionais das Unidades que a compõem “terem sido muito participativos nas oficinas de territorialização realizadas em Londrina durante o ano de 1993” (Zucolli, 1998) ⁶.

Foram entrevistados 139 profissionais de saúde, o que correspondeu a 84,24% da totalidade de recursos humanos que trabalham na região. Os demais 15,76%, não foram localizados nas UBS por motivos de licença médica, licença maternidade, férias, congressos e conclusão de contratos por tempo determinado.

O alvo deste trabalho foram os profissionais entrevistados que participaram da oficina de territorialização (totalizando noventa), sendo 17 de nível profissional superior (enfermeiros, dentistas e médicos), 54 de nível profissional médio (auxiliares de enfermagem e técnicos em higiene dental) e 19 de nível profissional elementar (auxiliares de odontologia).

Os procedimentos de coleta de dados envolveram a aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas. Este instrumento incluiu dados de identificação, uma auto-avaliação⁷ dos profissionais em relação aos níveis de conhecimento a respeito de tópicos inerentes à questão da municipalização — Territórios nos Serviços de Saúde, Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Processo de Municipalização —, e perguntas objetivas⁸ sobre o tema, relacionando-se ao significado da sigla SUS, princípios do SUS, modalidade de gestão em que Londrina se encontrava no processo de municipalização e atividades assumidas pela cidade nessa gestão.

6 ZUCOLLI, M. Comunicação pessoal.

7 Com atribuição de valores variando de 0 a 5 para cada tópico.

8 Questões de múltipla escolha elaboradas a partir de respostas obtidas por questionário piloto.

Resultados

Com relação ao conhecimento auto-atribuído sobre Territórios, Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Municipalização, utilizou-se a média dos resultados das quatro questões, observando-se que, nos níveis profissionais elementar e médio, os percentuais mais elevados concentraram-se nos escores dois (conhece pouco e tem dúvidas) e três (conhece o assunto, mas não é capaz de discutir), com índices de 26,32% e 28,95% no nível profissional elementar e de 27,78% e 35,19%, no profissional médio. Em relação aos profissionais de nível superior, o escore quatro (conhece e é capaz de discutir o assunto) foi o mais assinalado, com 39,71%. É importante ressaltar que o escore zero (ausência de conhecimento) apareceu assinalado nos três níveis profissionais, contudo, no elementar, a proporção de indivíduos que revelaram não ter conhecimento algum sobre os quatro tópicos (valor zero), ou que somente ouviram falar a respeito (valor um), correspondeu a aproximadamente 32% dos entrevistados. Parece-nos que esta constatação relaciona-se ao fato de que esta categoria representa os auxiliares de odontologia, uma classe que, pelas características do seu trabalho, restrito a uma sala fechada e às vezes isolada da Unidade de Saúde, não esteja totalmente integrada à equipe de saúde e, menos ainda, a todo o processo de mudança. Somando-se a isto, tem-se a dificuldade inerente ao grau de escolaridade.

A avaliação global dos resultados parece demonstrar que os recursos humanos atribuíram-se um nível de informação razoável, mas o nível profissional superior apresentou os escores mais altos, com quase dois terços das respostas distribuídas nos valores três (conhece o assunto, mas não é capaz de discuti-lo) e quatro (conhece o assunto e é capaz de discuti-lo).

Um percentual muito pequeno de indivíduos relatou ter pleno conhecimento a respeito dos assuntos abordados (valor cinco). No nível profissional elementar foi

encontrada uma média de apenas 1,31%; no profissional médio; 3,70%; e no profissional superior, 2,94%.

No que se refere às questões abertas dos questionários, que incluíam significado da sigla SUS, princípios do SUS, modalidade de gestão em que Londrina se encontrava no processo de municipalização e atividades assumidas pelo município nessa gestão, observamos que, em relação a sigla SUS, não existiu diferença significativa entre as respostas corretas e incorretas de acordo com o nível profissional, já que a maioria sabia seu significado. Em relação aos princípios do SUS, observamos que, nos níveis elementar e médio, o percentual de respostas incorretas foi bastante elevada (68,42%, 61,11%, respectivamente); em relação aos profissionais de nível superior, essa relação se inverte, obtendo-se 70,59% de respostas corretas. Quanto à Modalidade de Gestão em que se encontra Londrina, observamos que, no nível elementar, o maior percentual são de respostas incorretas (57,90%), enquanto nos níveis médio e superior, foi de respostas corretas (70,37% e 76,47%).

Sobre as atividades assumidas pelo município de Londrina, os resultados mostraram que, nos níveis elementar e médio, as respostas incorretas sobressaem-se (57,9% e 61,11%) e que no nível superior as respostas incorretas apresentam 41,18% e as corretas 58,82%.

Discussão

Na avaliação dos conceitos-chave, o maior percentual de acerto foi encontrado entre profissionais de nível superior, com aproximadamente 75% das respostas corretas, caindo para 69% no nível médio e pouco mais de 50% no nível elementar. Ressalta-se que estes valores correspondem a uma média realizada a partir das respostas obtidas em quatro perguntas.

Partindo-se do princípio que os recursos humanos afetados passaram por oficinas de territorialização (realizadas apenas uma vez em cada U.B.S.), com discussões sobre o novo

modelo assistencial, os resultados sugerem a necessidade de se dar continuidade ao processo, para que a internalização dos conceitos seja feita a partir de sucessivas aproximações.

Embora a pesquisa indique haver certo grau de informação, há, por outro lado, falhas que podem comprometer o enfrentamento dos problemas apontados, tais como: falta de conhecimento sobre o processo de municipalização, não continuidade das oficinas de territorialização, pouca apropriação do território pelos profissionais, entre outras.

Como exemplo de caminhos possíveis para a solução destes problemas, pode-se citar o que foi deliberado na 4ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina, realizada em setembro de 1995, sobre capacitação e treinamento de recursos humanos: a) implantar projeto específico de treinamento e capacitação de forma *permanente e continuada* (grifo dos autores) para profissionais de saúde da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde e de outros serviços que atuem no SUS; b) promover a integração das diversas instituições formadoras de recursos humanos com as que executam as ações de saúde; c) definir uma política de recursos humanos ... respeitando as diretrizes constitucionais.

Além disso, fazem-se necessárias

... profundas mudanças no marco conceitual da educação superior e técnica, com ênfase em áreas de conhecimento e de práticas que hoje são subalternas nos currículos, à exceção dos cursos específicos de Saúde Pública ou Coletiva. Como parte das estratégias de mudança, poderia estar a transferência da capacitação técnica e gerencial para as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, especialmente no que se refere à educação continuada dos profissionais e trabalhadores do SUS (Teixeira, 1993, p.20).

Sabemos que não há transformação possível sem a transformação da consciência do pessoal de saúde.

Não se trata, entretanto, da defesa de um humanismo ingênuo ... trata-se apenas de reconhecer o trabalho alienado como questão crucial e considerar certas dimensões relevantes da vida do trabalhador de saúde que contribuam para sua valorização, gratificação e realização enquanto ser humano e não apenas como força de trabalho (Paim, 1994, p.80).

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. J. **A organização de serviços de saúde a nível local**: registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979. 125p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BRASIL. **Nova Constituição Brasileira**. Brasil: Sistema Jornal do Brasil, Gráfica J. B., 1988.
- MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- TEIXEIRA, C.F. Formação de recursos humanos para o SUS: desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. **Saúde em Debate**, n. 41, p.20-3, 1993.
- PALAVRAS-CHAVE: municipalidades; avaliação; prática profissional; área de serviço de saúde.
- KEY WORDS: municipal government; evaluation; professional practice; catchment area (health).

Universidad y Ciencia en América Latina*

Ubaldo Zuñiga Quintanilla¹

Referirse a la Investigación y Ciencia (I & C) en el mundo actual es reflexionar sobre las bases mismas de sustentación de nuestro desarrollo, sin entrar a discutir todavía, a qué modelo de desarrollo aspiramos. La I & C no sólo la percibimos a través de sus productos o aplicaciones tecnológicas, en lo que llamamos “sociedad industrial” o “sociedad moderna” aludiendo a la racionalidad que marca a la humanidad desde hace cuatro o cinco siglos. La Ciencia ha resultado ser un paradigma y sustento de toda idea que se pretenda legítima e incontrastable. Hoy representa el sentido común de los sectores ilustrados que dirigen la sociedad y ha servido para una suerte de legitimación de la autoridad y la verdad. Sin embargo, mas allá del conjunto de disciplinas y saberes particulares que la ciencia ha desarrollado, ha sido la racionalidad científica, como conjunto, la que sostiene esta perspectiva.

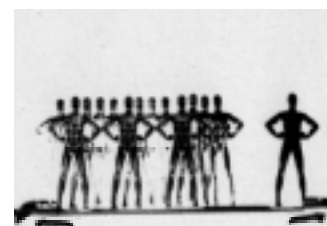
En el presente asistimos a una expansión acelerada en el ámbito mundial de la ciencia y de la tecnología; sin embargo esto no significa que exista un desarrollo homogéneo y equitativo. Si consideramos algunos datos, al año 1992 los gastos totales en investigación y desarrollo, en el mundo entero, eran de 25000 millones de dólares.

El 83% corresponde al triángulo Europa, Estados y Japón; otros países industrializados de Asia, el 9,5 % y los países de la ex URSS el 4%. Ciertamente América Latina aparece relegada a los últimos lugares, destacándose que representa el 1% de los gastos globales y contribuye con 1,4 % de la producción científica. África aún está en peores condiciones con 0,5% de los gastos mundiales y 1,2 % de contribución a la producción científica. Preferimos hacer la comparación por zonas geográficas y no por países pues el resultado puede ser aún más desolador.

El abismo es creciente. Así, de la mano de las nuevas tecnologías, han empezado a surgir, también, nuevas estrategias industriales apoyadas en las llamadas tecnologías críticas o tecnologías claves. La adecuada articulación en el desarrollo de componentes electrónicos y de telecomunicaciones, las transformaciones producidas por las nuevas tecnologías de información en los sistemas de producción y las expectativas derivadas de los adelantos en biotecnología han hecho emerger tecnologías capaces de orientar y promover el desarrollo de grandes sectores industriales en los campos de la informática y componentes de microelectrónica, nuevos materiales,

* Ponencia presentada en el Seminário Internacional “Universidade e Ciência na América Latina: a Ciência para o século XXI”, Porto Alegre, Brasil, novembro de 1999.

¹ Rector de la Universidad de Santiago de Chile



ingeniería genética etc. En América Latina si aún no superamos las etapas previas, estaremos aún más alejados de estas nuevas estrategias de desarrollo que se implementan en los países del primer mundo. Esto también ha conducido a una suerte de reparto del mercado tecnológico cuando se constata que, por ejemplo, la Unión Europea controla el 30% de los productos farmacéuticos, 25% de la aeronáutica, el 16,7% de la industria química y el 8,7% de la electrónica. Por su parte, Japón es dominante en la electrónica (23,2%) y en el transporte terrestre (21,8%). Estados Unidos domina prácticamente el 50% del mercado de la aeronáutica y el 20% de la electrónica y material informático.

Esta realidad impacta de manera dramática en nuestra región. Las desigualdades se incrementan, claro está no sólo por la insuficiente producción científico-tecnológica, sino por la incapacidad de ciertas políticas económicas para dar lugar a mayor equidad y bienestar. Las decisiones económicas son cada vez más ajenas al hombre común pues se adoptan en los grandes centros de poder de los cuales estamos ausentes. Nuestro país, Chile, es uno de los principales países exportadores mundiales de cobre, pero el precio no se fija dentro de nuestras fronteras sino en la Bolsa de Metales de Londres. Ciertamente este no es un hecho reciente, pero esa es la tendencia, las decisiones están donde quienes las adoptan, muchas veces, ni siquiera conocen el lugar de donde proviene aquello que venden. América Latina se enfrenta al dilema de acoplarse al tren de la globalización como se concibe desde el norte o bien intentar desarrollar capacidad propia. La actual situación, nos tiende a relegar a la monoproducción o como mucho a la exportación de nuestras materias primas más abundantes y competitivas en los mercados internacionales. Pero esta competencia más allá de favorecernos temporalmente fragiliza nuestras economías y las hace muy vulnerables y dependientes a los vaivenes de

los precios que de manera cíclica afectan a la economía mundial. El desafío de la diversificación en la oferta de productos es un objetivo a mediano plazo que es urgente lograr, productos con mayor elaboración para lo cual se requiere de conocimiento especializado.

El conocimiento y la información ofrecen posibilidades ilimitadas que deben desarrollarse de manera que la cultura no sólo vaya en beneficio de aquellos que controlan los mercados. La tarea es buscar las estrategias adecuadas a fin de que la redistribución de la riqueza también signifique una redistribución del conocimiento.

La globalización no puede constituirse en una nueva forma de exclusión y sometimiento, pensamos que el proceso es ineludible y nuestra tarea es luchar por abrirnos espacios donde se considere nuestra especificidad, donde la modernidad no sea una construcción desde afuera sino una necesidad consciente y coherente con las carencias que hay que superar. Ciertamente que la tarea es difícil cuando la enfrentamos desde las perspectivas individual y nacional. Hay que avanzar en el proceso de integración a nivel continental y regional. La integración no debe ser un acto declarativo, es una necesidad que debe permear todo nuestro quehacer. La voluntad debe materializarse en diseñar sistemas educacionales para estos nuevos tiempos. Las universidades y los Centros de Investigación deben construir su quehacer a partir del diagnóstico de los problemas y carencias que debemos superar. A través de la integración, la globalidad puede adquirir una dimensión más solidaria y cooperativa. Debemos avanzar en el aprovechamiento de las complementariedades. Los países industrializados destinan prácticamente la totalidad de sus recursos de investigación (98%) a resolver sus prioridades. Esta es una verdad que debiera ser un fuerte estímulo cuando se trata de diseñar las políticas de investigación en los países de América Latina.

El desafío es generar una cultura donde la integración y cooperación transversalicen todas las iniciativas y proyectos. Los sistemas educacionales y en particular la educación superior, tienen la misión de desarrollar curriculum a través de la síntesis del saber en un contexto de diversidad y cambio estrechamente vinculado a la integración y cooperación.

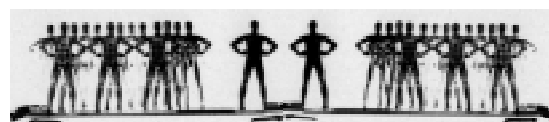
La pregunta que surge es ¿Cuál debería ser la estrategia de nuestro países, de América Latina, para aprovechar esta gigantesca disponibilidad de conocimiento en ciencia y tecnología? ¿Cómo hacer de este conocimiento un factor de transformación y progreso para nuestros pueblos?. Es imprescindible desarrollar una visión estratégica que estimule la investigación fundamental y que a la vez permita la aplicación y desarrollo de tecnologías adecuadas al grado de desarrollo que vivimos.

Ya observamos, que frente a la globalización existe un impulso creciente a la integración de comunidades regionales y continentales (Europa, Asia, América del Norte, son algunos ejemplos). El solo hecho de la integración no es por sí mismo señal de éxito. Esta debe ir acompañada de modelos de desarrollo alternativo que privilegien la solidaridad y cooperación para evitar una agudización de las desigualdades frente a poderosos modelos de desarrollo que exhiben los países industrializados. En este proceso, la universidad, en América Latina, puede desempeñar un rol clave. Existe una cierta forma de experiencia desde hace muchos años donde las universidades latinoamericanas han experimentado contactos; pero solamente a partir de la década de los noventa y a partir de diversas reuniones para acordar formas más concretas de intercambio, es cuando las nuevas formas de colaboración empiezan a materializarse. La paulatina formación de redes de distinto carácter, algunas con énfasis en ciertas disciplinas, hace que las universidades empiecen a configurar una nueva concepción de la colaboración.

¿Qué significa hacer Ciencia en América Latina?

Quizás esta pregunta puede ser un poco obvia. No obstante creemos que tiene plena validez en el contexto regional. La realidad actual se sostiene en una creciente interdependencia y nuestro futuro está estrechamente ligado a la comprensión de los fenómenos y sus alcances. Ya son muy pocos quienes no reconocen que la supervivencia de las formas de vida que conocemos puede estar en serio riesgo de existencia de continuar con las actuales formas de explotación del planeta. La sociedad debe tener conciencia del uso adecuado del conocimiento. Si bien la ciencia ha sido un factor fundamental en el desarrollo humano, al permitir mayores expectativas de vida, aumento de la producción agrícola, fuerte desarrollo tecnológico que ha permitido que la fuerza de trabajo humana sea reemplazada por la de las máquinas. Los avances en las tecnologías de comunicación e informática, mayor comprensión sobre el origen y dinámica del universo, son logros de esta civilización. Sin embargo el avance científico y sus aplicaciones no han sido cuidadosos con la preservación del entorno natural. Cada vez existen más amenazas de desastres tecnológicos incontrolables.

Nadie duda de la necesidad de incrementar el saber científico. Para América Latina es crucial. Sin embargo también se levanta con fuerza la necesidad de discutir sobre los usos de las aplicaciones científicas. En la medida que el ciudadano común se incorpore a este debate, la utilización del conocimiento derivará en aplicaciones más satisfactorias para los hombres. Una tarea de la democratización de la sociedad, es incorporar estos temas en el debate. En países como los nuestros, se presenta una buena oportunidad de discutir sobre estos temas, toda vez que el rol de la ciencia y tecnología ha sido tradicionalmente ignorado o subestimado. Sería muchos más adecuado hacer que la ciudadanía



forme parte de esta discusión. El necesario establecimiento de estructuras científico-tecnológicas y los recursos que esto requiere serían mucho mejor comprendidos si la sociedad está comprometida con el esfuerzo.

La gestión de los gobiernos en América Latina también debería orientarse, en la elaboración de políticas científicas, a considerar la opinión de la ciudadanía al respecto. El desafío hoy se plantea de como aprovechar el desarrollo científico en tecnologías más limpias y menos perturbadoras del medio natural. Esto exige una base científica sólida, con utilización más eficaz de los recursos y con formas de producción más seguras.

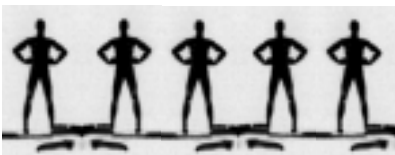
No sólo se hace necesario desarrollar las ciencias naturales, también son de interés las ciencias sociales. Sus estudios y conclusiones nos permitirán comprender más adecuadamente nuestra cultura. El análisis social es un componente indispensable en la formulación de políticas públicas y en las repercusiones que tienen en las comunidades de diferente cultura el impacto de las aplicaciones científico-tecnológicas.

El quehacer científico en el ámbito regional debe dar saltos cualitativos y cuantitativos. En este sentido y a manera de propuesta se podrían plantear los siguientes aspectos, sin que esto signifique dar una respuesta global a este tema.

Aumentar la formación de científicos

Los recursos humanos para la actividad científica en la región son claramente insuficientes. Las universidades e institutos de investigación tienen la tarea de generar estrategias que permitan incrementar sustancialmente la capacidad científica de la región. Los aportes públicos deberán ser más generosos, sin olvidar el creciente interés del sector privado en incorporarse a este desafío. Los gobiernos deberían considerar en sus estrategias, incorporar al sector privado para

que hagan inversiones en ciencia y tecnología.



Formación y desarrollo de institutos científico-tecnológicos

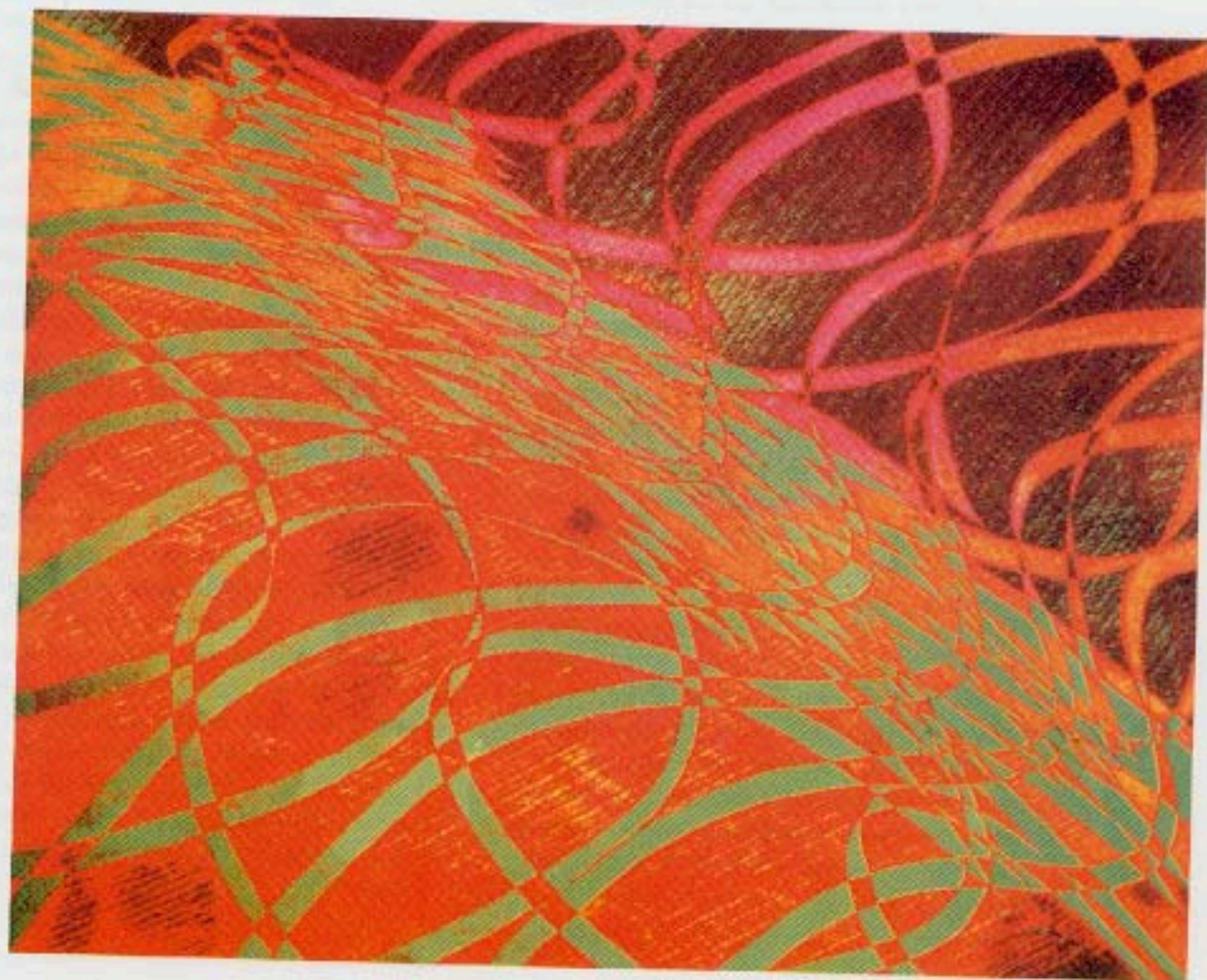
Las demandas de la región deben ser satisfechas con la infraestructura adecuada. Esto también contribuye a la integración cuando estos institutos se definen en un marco de necesidades regionales o subregionales para el estudio de aspectos específicos. Un ejemplo de esto lo están dando las investigaciones sobre la Amazonia que llevan adelante universidades de dicha región. Estudios sobre desertificación, manejo de cuencas hídricas, recursos marinos etc., bien valen el esfuerzo de convergencia regional de recursos para su estudio.

Líneas de investigación regional

Asociado al punto anterior, se debe mencionar la necesidad de afianzar el establecimiento de estudios regionales en las áreas más demandantes de información científica. Esto, junto con potenciar nuestros cuadros científicos, contribuye a dar más identidad y compromiso con la realidad diversa que tenemos. Ya mencionábamos al inicio de esta intervención, como los países desarrollados invierten la casi totalidad de sus recursos para buscar las explicaciones que les demandan sus problemas y urgencias. América Latina también debe ser capaz, con sus recursos intelectuales y materiales, de potenciar el conocimiento de nuestras necesidades para discurrir la forma de resolverlas.

Conclusión

A la Ciencia y Tecnología les corresponde jugar un papel destacado en el logro de una integración regional, permitiendo un crecimiento económico de la región sobre la base de un desarrollo sustentable, compartiendo nuestras potencialidades, aumentando y mejorando nuestros cuadros académicos y profesionales de investigación, postgrado, de movilidad social, académica y estudiantil y manteniendo nuestra identidad regional.



STANLEY WILLIAM HAYTER, *Dauvigny*, 1972, Coleção particular.

Por esta parte de esta discusión, el nacimiento y desarrollo de estructuras científicas tecnológicas y los recursos que estas requieren, se convierten en un tema imprescindible y la base de una comprensión más del problema.

La posición de los gobiernos en América Latina, los recursos humanos disponibles, de la distribución de políticas científicas, y considero la importancia de la cualificación al respecto. El desafío hoy es pensar en cómo fortalecer el desarrollo científico tecnológico más temprano y maso — particularmente del medio escolar. Esto incluye una línea científica más temprana, más efectiva, más eficaz de implementación y que permita de producción más rápida.

En este sentido, necesitamos desarrollar las políticas educativas, científicas, que se integren de

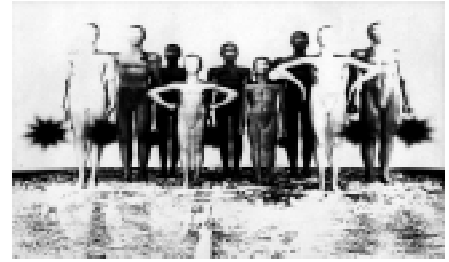
investigación y desarrollo de tecnologías científicas tecnológicas. Los recursos de la región deben ser cuidadosos con la inversión que está en ella. Esto también incluye el apoyo a la integración cuando estos recursos se dedican a otros tipos de actividades regionales o subregionales, para el estudio de aspectos específicos. Un ejemplo de esto lo está dando las investigaciones sobre la formación de la fuerza humana capacitada de toda la región. Estudios sobre el desarrollo de estrategias de implementación, recursos humanos que son viables y efectivos de implementación regional, y recursos de otros actores.

Como en los países con regiones desarrolladas, el punto central es de

... mais que à conceitos e conteúdos, o artista dedicou-se à pesquisa das técnicas de pintura.



Tecnologia, aids e ética em pesquisa



Mário Scheffer¹

De como a doença que desafia pesquisadores em todo o mundo pode ser o melhor exemplo sobre os tantos interesses que evidenciam o conflito entre o avanço da ciência e a preservação da dignidade humana.

Os avanços tecnológicos aplicados à Medicina e as conquistas da tecnociência que beneficiam o homem dependem, na maioria das vezes, de experimentos realizados nos próprios seres humanos. Daí a relevância da correlação entre ética e produção de tecnologia em saúde, aqui entendida como o desenvolvimento de uma nova droga, vacina, equipamento, exame, insumo, dispositivo ou procedimento útil à prevenção, diagnóstico ou tratamento.

Além da metodologia adequada, toda pesquisa deve ser conduzida dentro de padrões éticos aceitáveis de respeito aos indivíduos (autonomia), de beneficência e justiça. O Código de Nuremberg, a Declaração de Helsinque e as Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos são alguns documentos internacionais periodicamente atualizados e balizadores de condutas éticas.

No Brasil, a pesquisa em seres humanos foi normatizada pela primeira vez em 1988, pelo Conselho Nacional de Saúde, em ação que não teve repercussão significativa junto à comunidade médica e científica. Hoje, no entanto, o início da construção de uma nova cultura de ética em pesquisa no país já é uma

realidade. Trata-se do resultado da implementação da Resolução 196/96, também do Conselho Nacional de Saúde, que atualiza as regras de 1988, incorpora as diretrizes internacionais e delimita direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos das pesquisas.

A Resolução 196 nasceu de intenso debate, com participação de todos os setores interessados, constituindo um exercício do legítimo controle social em saúde. Além da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a Resolução cria os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), que já somam mais de duzentos no país. Um dos maiores avanços foi assegurar a composição colegiada multidisciplinar dessas instâncias, impedindo a hegemonia de uma categoria profissional, como ocorre nas Comissões de Ética Médica. Não raro os CEPs contam com juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, entre outros especialistas. Outro fato novo é a possibilidade de participação do usuário ou representante da comunidade pesquisada.

Se por um lado o cenário é propício à prática da ética em pesquisa, torna-se imprescindível ressaltar que um longo caminho ainda precisa ser percorrido. No

¹ Ativista da luta contra a Aids, diretor do Grupo Pela Vida/São Paulo e representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.

Brasil e no mundo o homem ainda é cobaia de pesquisadores que, em nome do progresso da ciência, colocam outros interesses acima do valor mais básico a ser preservado: a dignidade do ser humano.

A Aids como paradigma

Milhares de pesquisas, realizadas hoje no Brasil e no exterior com soropositivos e doentes de Aids, avaliam a eficácia de novos fármacos, vacinas, testes diagnósticos, novas combinações de drogas e novos procedimentos clínicos. A pesquisa com humanos é o único meio confiável para obtenção de medicamentos anti-HIV cada vez mais potentes, de uma vacina preventiva eficaz, de um melhor acompanhamento e tratamento dos já infectados. É a tecnologia a serviço da melhoria da qualidade e da quantidade de vida da população com HIV.

Por causa da gravidade da infecção, da inexistência de cura, do caráter epidêmico e, principalmente, da resposta comunitária e mobilização das pessoas afetadas através dos grupos de luta contra a Aids, houve uma revolução na velocidade e nas discussões éticas sobre pesquisas e incorporações tecnológicas, sobretudo de novas drogas e exames laboratoriais.

Um exemplo: fora do campo da aids, para uma substância transformar-se em medicamento são necessários de dez a doze anos. No caso da Aids, esse tempo foi reduzido para dois, três anos.

Cerca de vinte drogas anti-retrovirais, com centenas de combinações entre elas, compõem o potente arsenal terapêutico hoje disponível contra o vírus. Ao lado de exames complementares como a contagem de carga viral, CD4 e o teste de genotipagem, que ajudam a monitorar a evolução da infecção, assistimos à diminuição em mais de 50% do número de óbitos. Fala-se até da cronificação da doença, apesar das dificuldades de adesão ao regime medicamentoso, dos efeitos colaterais graves e do desconhecimento da eficácia do “coquetel” a longo prazo.

Há um batalhão de cientistas por trás do

vertiginoso e frenético avanço tecnológico para conter a epidemia, em todos os campos do conhecimento. Há também interesses econômicos poderosos envolvidos em cada pesquisa. Assim, sobram exemplos paradigmáticos de triunfos e abusos na condução de experimentos e ensaios clínicos.

Escândalo internacional

Em 1999, a comunidade médica e científica internacional envolveu-se em intenso debate sobre ensaios clínicos com anti-retrovirais nos países em desenvolvimento.

O motivo foi pesquisa realizada na Tailândia para avaliar a segurança e a eficácia do AZT na prevenção da transmissão vertical do HIV, tanto no final da gravidez quanto durante o trabalho de parto. O estudo manteve um grupo-placebo, ignorando a existência de uma terapêutica eficaz já comprovada para o tratamento de mulheres grávidas soropositivas.

O uso do AZT em cinco doses diárias, a partir da 14ª semana de gestação, e a administração intravenosa da droga durante o trabalho de parto e como xarope para o recém-nascido durante seis semanas é o que vem sendo usado desde 1994 nos países ricos e no Brasil, inclusive. Custa cerca de US\$ 800 e diminui em até 70% o risco de transmissão. Em busca de um regime mais barato e menos complexo, o tratamento alternativo pesquisado na Tailândia administrou apenas duas doses do AZT, nas quatro últimas semanas da gravidez e oralmente durante o trabalho de parto. O custo caiu para US\$ 50 e o risco de transmissão foi igualmente reduzido.

O grupo-placebo é condenável pois os sujeitos deixam de receber um regime efetivo já conhecido, que pode prevenir ou reduzir danos, incluindo até a morte de mães e filhos. Nos países desenvolvidos, estudos com placebo são considerados anti-éticos quando já se conhece tratamento eficaz. Por que então a mesma regra não é aplicada para os países em desenvolvimento?

Pesquisadores e médicos dos EUA e de diversos países, reunidos em Atlanta, em

junho de 1998, assinaram documento de apoio ao desenho da pesquisa, publicado pela prestigiada Revista Lancet. E o mais grave: a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reforçado os argumentos para justificar a realização de estudos dessa natureza.

Trata-se de ação orquestrada pelo imperativo econômico, valendo-se da urgência e da gravidade da epidemia nos países pobres. Há, inclusive, a campanha explícita de que seja alterada a Declaração de Helsinque: ao pressuposto ético de que os melhores métodos comprovados de diagnóstico e tratamento devem estar disponíveis para todos os pesquisados propõem o acréscimo do uso justificado do placebo, sempre que no país onde se realiza o estudo não existir nenhum tratamento disponível.

Estamos, assim, diante da eminência da atrocidade consentida.

Um caso brasileiro

Há cinco anos o Brasil foi escolhido pela multinacional farmacêutica Merck Sharp & Dohme para a realização de um ensaio clínico multicêntrico com seu anti-retroviral inibidor da protease, o indinavir (Crixivan). Isso aconteceu porque na época existia no país grande quantidade de pacientes com HIV que nunca haviam recebido nenhum tipo de tratamento, população ideal para a pesquisa.

No final de 1994 teve início o recrutamento. Milhares de pessoas, seduzidas pela propaganda de um remédio promissor e pelas condições de tratamento diferenciado, correram aos centros de pesquisa, todos de reconhecida excelência: Hospital Emílio Ribas, Hospital das Clínicas da USP, Hospital das Clínicas da Unicamp, Hospital São Paulo da Unifesp e CRT/Aids.

Foram selecionados novecentos pacientes randomizados em três grupos de pesquisa: os que tomavam AZT isoladamente; os que recebiam AZT e indinavir e os que tomavam apenas indinavir. Em agosto de 1996, após pressão da comunidade pesquisada, foi acrescentada a droga 3TC (Epivir) aos dois primeiros grupos.

Apesar do termo de consentimento livre e esclarecido, os pacientes entravam no estudo sem consciência dos riscos potenciais. Sequer estavam embuídos do propósito de contribuir com a ciência. Na verdade, corriam atrás da droga potencialmente inovadora não disponível no mercado ou na rede pública naquele momento do início da pesquisa. Encantavam-se igualmente com o atendimento “vip”, o acesso a consultas de hora marcada e exames em laboratório privado.

Durante todo o estudo os grupos e organizações não governamentais representantes dos sujeitos da pesquisa dialogaram com a Merck e seus pesquisadores, sem, no entanto, obterem respostas satisfatórias para sérios questionamentos. A saber:

1 A pesquisa fornecia tratamento pior que o da rede pública

Em outubro de 1995 foram divulgados estudos apontando a inferioridade do tratamento com AZT isoladamente (monoterapia), comparado com o uso combinado de AZT com outra droga. Em março de 1996 a monoterapia com AZT já havia sido abolida na rede pública, que passou a fornecer a combinação de duas drogas. Mesmo assim, a Merck e seus pesquisadores mantiveram cerca de trezentos pacientes em monoterapia com AZT até, pelo menos, agosto de 1996. Não foram poucos os voluntários prejudicados, com perda de peso e desenvolvimento de doenças oportunistas.

2 Insistia na monoterapia com indinavir

Desde novembro de 1995 a publicação de artigos de especialistas e a divulgação de estudos preliminares apontavam o rápido desenvolvimento de resistência do HIV ao indinavir (Crixivan), quando administrado isoladamente. Mesmo assim a pesquisa mantinha trezentos pacientes tomando indinavir isoladamente, sendo que nenhum médico, inclusive os que comandavam a pesquisa, prescreviam monoterapia em seus consultórios, fora do estudo.

3 Negava ao voluntário informações sobre sua saúde

Na ocasião, já havia dois anos que a medida da carga viral, além da contagem de células CD4, vinha sendo utilizada para avaliar a eficácia de um tratamento com antivirais. Mesmo assim, os pesquisadores se recusaram a fornecer aos voluntários da pesquisa os resultados da carga viral, imprescindível para monitorar a evolução da infecção pelo HIV. Os marcadores laboratoriais eram subestimados e a terapia era alterada só após desenvolvimento de doenças oportunistas.

O estudo acabou, a droga em questão revelou-se uma arma poderosa contra a infecção pelo HIV, mas até hoje as denúncias, que tiveram repercussão pública dentro e fora do país, não foram devidamente apuradas.

Nesse caso, a legitimidade do discurso leigo dos ativistas da luta contra a Aids - apesar de ter sido duramente contestada - foi decisiva para questionar os limites éticos na busca do avanço tecnológico.

A título de reflexão

A partir da experiência de acompanhar criticamente pesquisas em HIV/Aids, temos debatido com os potenciais sujeitos de pesquisas e seus grupos representativos algumas reflexões:

1 O paciente não deve assinar documento consentindo imediatamente com a pesquisa. Deve levar para casa, reler, refletir, procurar um grupo de luta contra a Aids, tirar todas as dúvidas restantes com o médico da pesquisa e, se optar por entrar no estudo, não abandonar seu médico de confiança. Ao entrar na pesquisa deve estar consciente de que pode não obter benefício algum e de que está apenas contribuindo com a ciência.

2 O paciente não deve ser voluntário apenas “seduzido” pelas aparentes vantagens, como um tratamento diferente do encontrado na rede pública, consulta com hora marcada, exames com periodicidade certa, atenção diferenciada etc. Além disso, é bom prestar atenção na forma de

propaganda da pesquisa para recrutamento dos voluntários. Muitas vezes ela é enganosa, prometendo benefícios que ainda são meras suposições.

3 Defendemos que o CEP da instituição conte, na análise do protocolo de pesquisa, com a participação de um soropositivo ou representante de grupo de luta contra a Aids, mesmo que seja na categoria *ad hoc*.

4 Os dados sobre a verba envolvida na pesquisa, do salário dos pesquisadores aos gastos por paciente, devem ser transparentes. A pesquisa não pode ser motivo de discriminação de médicos e pacientes na rotina do hospital ou unidade de saúde onde ela se realiza. Nem os médicos envolvidos devem receber salários exorbitantes, destoando dos demais colegas; nem os pacientes receber “privilégios” que caracterizem uma “fila dupla” de atendimento, em relação aos demais.

5 A pesquisa deve trazer benefício direto para os soropositivos brasileiros. Se eficaz, a droga testada - no caso da pesquisa de novos medicamentos -, deve estar disponível imediatamente em nossa rede pública de saúde e não apenas no país de origem, uma vez que a grande maioria das pesquisas são conduzidas do exterior por multinacionais.

6 Algumas pesquisas só trazem benefício para o pesquisador, que ganha pontos na vida acadêmica, vê o resultado publicado em revista científica e dá a volta ao mundo para participar de conferências e congressos com passagem e estadia custeadas pelo laboratório patrocinador da pesquisa. A instituição ganha visibilidade e dinheiro, a indústria consegue informações preciosas sobre a droga e para o paciente, muitas vezes, só resta a experiência de ter sido cobaia.

7 A luta contra a Aids demonstra o quanto é imensurável a importância dos avanços científicos e tecnológicos incorporados pela biomedicina para o homem. Mas é uma questão de humanidade aliar estes avanços à ética em pesquisa. Sem esquecer que hoje há instrumentos para isso.

Método clínico e paradigmas da ciência

José A. Maia ¹

Houve um tempo em que a Medicina era uma prática fundamentada essencialmente na observação e na experiência, desprovida de fundamentos científicos (na acepção que o termo tem na atualidade) e transmitida diretamente do médico a seus aprendizes. Mais do que um conjunto de conhecimentos, constituía-se numa forma de viver. A doença era vista como um desequilíbrio de “humores” e “elementos” na globalidade de um ser humano individual, peculiar, indissolúvel em seu corpo e espírito. O médico procedia a uma recordação extensa da vida do doente, a *anamnese*, e empregava todos os seus sentidos na percepção dos sinais nosológicos, no processo do diagnóstico. A seguir propunha a cura, utilizando-se não apenas de fármacos, mas de todo um conjunto de prescrições alimentares e higiênicas. A relação do médico com o enfermo era intensa e perpassava todo o processo de diagnóstico e cura.

Centenas de anos mais tarde, a Medicina pretendeu tornar-se científica. Ao mesmo tempo que se apropriava do modelo biológico, em desenvolvimento exponencial a partir do século XVII, tomava emprestado o paradigma positivista da ciência, fundamentando assim o método clínico moderno. O olhar do médico cientista desloca-se do cuidado do doente para a investigação da doença, considerada então como um desarranjo em algum setor de uma máquina complexa, um desafio cuja solução encontra-se no campo da Biologia. A doença, enquanto objeto de estudo da ciência cartesiana, define-se como um problema, devendo este ser fragmentado em tantas partes quantas forem necessárias para permitir a compreensão e a resolução. A primeira clivagem é realizada entre o corpo e o espírito, entre

¹ Professor Adjunto do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; docente do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, CEDESS/UNIFESP, EPM. E-mail: jmaia@uerj.br

o “somático”, que constitui o universo prioritário de ações diagnósticas e terapêuticas, e “o resto”. Instrumentalizado por um rol extenso e detalhado de “modelos” delineados pela nosologia, o médico busca aquele no qual as anormalidades de seu paciente se “encaixem”. O próximo passo consiste na reconstrução do todo a partir das partes, em conformidade com o conhecimento fisiopatológico da doença, fundamento, por sua vez, da coerência clínica. O resultado é um novo homem que só existe concretamente no conceito do médico. Um homem dividido e re-sintetizado tanto na compreensão quanto na estrutura, produto do conhecimento analítica e sinteticamente construído.

A Medicina moderna, ao substituir o ideal de cura pelo da reparação do mau funcionamento de uma estrutura determinada, transforma os processos diagnósticos. Assim, a anamnese, da viagem pela trajetória de vida do enfermo resume-se a uma entrevista dirigida, na qual a vida do indivíduo é fracionada em diversas “histórias”. A leitura de um prontuário médico é, ainda hoje, um mergulho no paradigma cartesiano, revelando a investigação da doença de um ser humano por setores, agrupados sob os títulos de história da doença atual, história patológica pregressa, história fisiológica, história familiar e história social. Como peças de um quebra-cabeça biológico, os tópicos relatam dados objetivos a serem tratados pelo conhecimento e pelo raciocínio clínico. Assim, uma “história familiar” irá refletir o interesse do médico em detectar possíveis “pistas” de um problema a ser solucionado e não uma aproximação da estrutura familiar do paciente, de seus vínculos, raízes e valores, das condições de seu cuidado, quando de retorno ao lar.

O paradigma positivista estende a divisão das ciências naturais à especialização médica. Em que pese a possibilidade do aprofundamento de ações diagnósticas e terapêuticas, a especialização, que estreita e isola os ângulos de visão sobre o enfermo, alia-se à tecnologia, que por sua vez reduz os limites entre a estrutura corporal do paciente e o meio externo. É certo que a tecnologia amplia os sentidos humanos e estende as capacidades diagnósticas a lesões imperceptíveis por aqueles. Contudo, não raro, os exames (que deveriam ser) complementares inserem-se no paradigma cartesiano como “objetivação” de alterações diagnosticadas pela semiologia clínica. No extremo do processo situa-se o emprego da tecnologia como substituta de procedimentos clínicos.

Como não podia deixar de ocorrer, a formação médica espelha esta realidade. O paradigma positivista impregna a escola médica e, dialeticamente, por ela é perpetuado. As escolas tradicionais ainda hoje são pedagogicamente estruturadas com bases no relatório Flexner, que a partir de 1910 norteou o ensino médico nos Estados Unidos. A criação de um “ciclo básico” de cunho fortemente biológico, seguido por um “ciclo clínico” desarticulado do anterior, sem que haja sucessão ou integração de conhecimentos, reflete fielmente o pensamento de Comte, que afirmava que no ensino das ciências deve haver primeiramente “uma instrução fundamental sobre todas as classes de fenômenos naturais”.

A reificação positivista do conhecimento manifesta-se na elaboração do currículo médico a partir de um conjunto de informações a serem

transmitidas pelos professores e aprendidas pelos alunos. A mais simples análise das grades curriculares da maioria das escolas médicas tradicionais revela uma sucessão desarticulada de disciplinas especializadas. A fragmentação do conhecimento a ser assimilado pelo estudante coexiste com a expectativa de que este seja capaz de integrá-lo e aplicá-lo no período do internato, quando tem contato permanente com o doente e é responsável por ele.

O mesmo modelo biocêntrico que impregna a escola médica, dirige a pesquisa, enquanto produção de conhecimentos sobre as doenças como entidades “independentes”, num nível progressivo de aprofundamento e individualização: do sistema ao órgão, do tecido à célula, chegando, finalmente, às moléculas. A expectativa é desvendar fenômenos comuns, ou “leis gerais” subjacentes aos diversos distúrbios biológicos, que possam ser aplicadas a pacientes cujas disfunções sejam enquadráveis em suas categorias descritivas.

Ocorre, contudo, que, a exemplo da ciência, em que a visão holística do paradigma pós-moderno progressivamente se impõe, a Medicina volta a se dar conta que o homem é um todo em si, *a priori*, e não um “todo” resultante da reconstrução de níveis de fragmentação, que impõe e modifica limites artificiais. O conceito de doença como um processo sistêmico, que acomete um ser impossível de ser dissociado sequer em corporeidade e emoções, ainda menos em parcelas orgânicas, não deixa lugar à busca etiológica de alterações pontuais, seja em que “nível” for, do órgão ao gen. O conhecimento evolui, portanto, no sentido da compreensão da transformação global sobre a compreensão estática de fenômenos distintos.

Se o pensamento cartesiano teve seu papel e valor na construção do conhecimento biológico e no desenvolvimento de uma prática clínica cientificamente mais consistente, o paradigma da ciência pós-moderna permite vislumbrar novos pressupostos que resgatem duas dimensões da unidade do ser humano. Uma, voltada para si próprio, em sua globalidade intrínseca. Outra, relativa à sua inserção no meio ambiente que o circunda, este entendido não apenas como fonte de doenças, mas também como possibilidade de promoção da saúde.

Um novo médico se delineia. Produto de uma formação mais reflexiva, integrada e humanizada. Que se aproxima do homem inteiro e compreende a doença nesta mesma dimensão holística. Capaz de integrar conhecimentos profundos com arte e técnica, termos que para os gregos antigos tinham sentidos confluentes. Um novo homem, uma nova ciência, um novo paradigma.

Bibliografia sugerida

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1999.

CHAUÍ, M. **Introdução à História da Filosofia**. Dos Pré-socráticos a Aristóteles. São Paulo: Brasiliense, 1998.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as Ciências**. 10.ed. Porto: Afrontamento, 1998.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

“... é como se a tecnologia já não fosse tão eficiente como tinha sido antes. Ela não decide questões fundamentais. Eu acho isso muito lógico. O grande erro do Ocidente consiste em não vê-lo. É porque o Ocidente acredita muito na máquina e pouco no homem, não é?... O Ocidente tem a impressão de que valoriza muito o homem, mas na realidade não valoriza: pode valorizar sentimentalmente, mas não valoriza logicamente, quer dizer, não compreende toda possibilidade humana...”

Mario Schenberg

Jornalismo, saúde e cidadania

Bernardo Kucinski¹

Mudanças epidemiológicas e demográficas, assim como nas relações de gênero, na relação homem-natureza e no conceito saúde-doença, fizeram, de ações comunicativas, coadjuvantes principais de intervenções médico-sanitárias tanto na esfera pública, como na privada. As transformações sociais das últimas décadas recolocaram a saúde no centro das lutas por direitos de cidadania, como já acontecera na época da revolução industrial. Nossa percepção da democracia mudou profundamente. Hoje se entende democracia como dada, e como uma conquista importante que se incorporou às sociedades humanas, especialmente por proclamar a igualdade política como legítima, justa e desejável. Mas também entendemos que, ao se instituir como sistema, a democracia manteve desigualdades sociais e deixou todo um elenco de promessas não cumpridas. A desigualdade crescente nas condições de saúde entre ricos e pobres, a começar pela própria diferença de expectativas de vida, é um dos mais pungentes testemunhos das promessas não cumpridas da democracia. Nos países periféricos, três entre quatro pessoas ainda morrem antes de completar cinquenta anos (WHO, 1998).

A democracia tornou-se o ambiente que legitima a luta pela redução da iniquidade e alargamento de direitos de cidadania (Bobbio, 1990). E o direito de cidadania ganhou uma dimensão dinâmica, passando a ser definido como o “direito a ter direitos”.

¹ Professor do Departamento de Jornalismo, Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, ECA-USP.

Assim, na esfera da saúde e do meio ambiente, mais que em outras, ressurgiu o novo discurso organizador das demandas sociais, construído em torno do novo conceito de “cidadania”, que aglutina grupos de pressão do campo popular em frentes de luta por novos direitos de cidadania no marco da democracia. Entre eles, o direito de todos a um meio ambiente saudável, o direito da mulher à saúde sexual e reprodutiva, o direito do hanseniano e do epilético à auto-imagem, o direito do aidético à cura.

Jornalismo e cidadania

O jornalismo é uma atividade que, no conjunto das ações comunicativas da modernidade, tem sido historicamente um dos principais instrumentos de construção da democracia e de conquista de direitos de cidadania. Criou instituições e uma cultura de intervenção no cotidiano. Constitui uma relação social densa e demarcada, um modo específico de buscar e narrar a informação, um tipo de saber, uma *práxis* que inclui a construção da personalidade pública do jornalista e um *ethos* jornalístico.

Apesar de seu ofuscamento pelo entretenimento e propaganda nos meios de comunicação de massa, é cada vez mais ao jornalismo que cabem as tarefas de informar, combater o segredo de Estado, levantar polêmicas, denunciar abusos do poder, corrupção e violação dos direitos humanos. É como se tivesse um mandado da população para as funções de vigilância da cidadania e da justiça que o cidadão comum não consegue exercer mais diretamente.

Seus papéis de representação e mediação conferem ao jornalismo a ética que o distingue de outras ações comunicativas e que, apesar de algumas variações, conforme diferentes matrizes culturais e condições locais, tem como padrão referencial o jornalismo de qualidade das democracias pós-industriais. Nesse padrão, a busca da verdade é o valor ético transcendental. Não é considerada correta nenhuma ação jornalística que suprima a verdade. Trata-se de uma ética não conseqüencial, semelhante ao princípio transcendental de Kant, para a qual não importam as conseqüências da verdade.

A comunicação em saúde e meio ambiente tornou-se a matriz de um novo padrão de relações sociais entre agentes de saúde e cidadãos, baseada na interlocução, participação e co-responsabilidade nas decisões de saúde (Ratzan, 1997).

Em diversos países, inclusive no Brasil, pela Constituição cidadã de 1988, já se garante ao paciente o acesso pleno à informação sobre sua saúde, como um direito de cidadania de terceira geração, e o registro minucioso e preciso de todas as ações médicas.

Os tratados internacionais e as constituições dos Estados modernos definem a saúde como um direito do cidadão. A Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946 proclamou a “obtenção do padrão de saúde mais alto possível um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinções econômicas e sociais”. Trinta anos depois, a Organização Mundial de Saúde, OMS, atribuía a todos os governos a tarefa ambiciosa de “alcançar saúde para todos”, o que inspirou nossa Constituição cidadã de 1988, cujo

artigo 196 diz: “ A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco à doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A concepção desse novo direito de cidadania ativa, no campo da saúde, confere à informação jornalística sobre saúde, sobre políticas públicas e terapias de saúde, um valor político na esfera da cidadania, além de seus valores pedagógicos tradicionais em campanhas sanitárias e na medicina preventiva, ou de seu entendimento como “jornalismo de serviço”. Por extensão, tornam-se objetos privilegiados de cobertura jornalística, vigilância e crítica, as políticas públicas de saúde dirigidas a grupos populacionais, como as campanhas de prevenção da aids ou de detecção do câncer da mama.

O jornalismo e os novos conceitos de saúde

O jornalista que hoje cobre problemas de saúde não pode mais se limitar às categorias definidas pela prática médica dominante. Deve poder dialogar com essa prática médica a partir de uma postura crítica. Ao jornalista, por sua ética, cabe uma visão holística do processo saúde-doença, e a consciência do relativismo da prática médica dominante. Para isso, necessita de conhecimento e noções de filosofia da ciência.

Os novos conceitos de saúde-doença têm vastas implicações na definição de políticas públicas de saúde e, portanto, em seu acompanhamento jornalístico. Essas políticas não devem se limitar a combater focos ou endemias, ainda que isso continue sendo útil e necessário, mas devem procurar, principalmente, a melhoria da qualidade geral de vida da população. Mais do que causa, as endemias seriam a consequência da má qualidade ambiental ou de vida.

Melhorar moradia, transporte, saneamento, qualidade do ar e da alimentação seriam importantes políticas públicas a serem cobradas como essenciais ao exercício do direito à saúde.

Desde 1996, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem adotando, para marco referencial de suas campanhas, o conceito de desenvolvimento sustentado, como fundamento de uma qualidade de saúde satisfatória para todos. Por esse conceito, o desenvolvimento econômico deve ser direcionado à satisfação das necessidades básicas de toda a população e de forma a não comprometer a satisfação dessas mesmas necessidades nas gerações futuras.

Trata-se de uma proposta utópica no contexto latino-americano, mas assim têm sido outras estratégias, propostas e palavras de ordem lançadas sucessivamente pela OMS e pela OPAS, tais como a de “Saúde para todos no ano 2.000”. Essas propostas têm o mérito de erigir conceitos como o direito à saúde ou desenvolvimento sustentado como desejáveis e justos. No



JUAN GRIS, *Guitarra, livros e jornal*, 1920. Instituto de Arte de Chicago.

entanto, o jornalista deve manter o distanciamento crítico e perceber o caráter utópico, e, em alguns casos, o caráter de fuga das campanhas públicas, quando tentam erradicar uma endemia sem alterar as condições sócio-econômicas, que são sua causa principal.

Na América Latina, inclusive no Brasil, que gasta apenas cerca de US\$ 200,00 por habitante/ano em saúde (OPAS, 1977) e onde ainda se lutam por direitos básicos de saúde, a proposta da “promoção da saúde” pode servir à legitimação do não cumprimento, pelo Estado, de suas responsabilidades como provedor de serviços e políticas de saúde. Mesmo assim, a proposta da “promoção da saúde” tem firme raiz no solo da cidadania. É uma decorrência direta da convivência mais longa dos idosos com suas famílias, da concepção holística dos problemas de saúde, não só de velhos, mas também de adolescentes, pela qual o ambiente e a convivência têm papel terapêutico, implicam que suas soluções não são meramente médico-terapêuticas, mas envolvem formas de relação social.

Um dos melhores exemplos é a reforma psiquiátrica italiana, hoje difundida em outros países, que devolveu os doentes mentais ao convívio da sociedade e de seus familiares, restaurando, ao mesmo tempo, seus direitos de cidadania, e pondo fim ao tratamento punitivo e isolacionista do doente mental. Como restaurar esses laços, se seus familiares, suas comunidades, não os receberem e não se envolverem ativamente no seu tratamento? E se não forem aceitos?

No caso dos doentes mentais, a mídia tem uma responsabilidade muito especial, pois passou décadas reforçando estereótipos que agora precisam ser desconstruídos, caso contrário essas pessoas não serão aceitas pelas comunidades e familiares. Por exemplo, o estereótipo do doente mental como portador de níveis de agressividade crescente, tão repetido pela mídia, especialmente pela mídia de entretenimento, reflete um preconceito, não uma verdade científica (Philo, 1996).

Um outro exemplo é a pandemia da Aids, que se destacou entre cerca de vinte outras novas enfermidades surgidas no final do século não só pelo seu alcance, como por sua relação com fundamentos do comportamento humano e de nossa psique, dos direitos à liberdade sexual e à identidade de minorias sexuais, de conquista tão recente. Fracassaram todas as campanhas de prevenção da Aids concebidas segundo os princípios tradicionais do discurso e das técnicas de persuasão que visam mudar os hábitos das pessoas. Em 1997, dez anos depois de instalada a epidemia, ainda morriam por ano, 1.7 milhão de adultos (WHO, 1998).

Novos estereótipos foram criados e estereótipos antigos reforçados em abordagens que se revelaram equivocadas, centradas em “grupos de risco”, inspiradas em visões moralistas ou religiosas do mundo, e não em conceitos epidemiológicos. Da estigmatização dos aidéticos surgiu todo um imaginário da doença, que deles subtraiu o direito básico ao tratamento integral e humano. Em torno da Aids, no entanto, organizou-se em todo o mundo uma enorme gama de movimentos populares e Organizações Não Governamentais



(ONGs), que fizeram o nexo entre saúde e cidadania.

O fracasso da maioria das campanhas de prevenção da Aids dramatizou nossa falta de conhecimento ou nossos equívocos no entendimento da relação entre mensagem e receptor, no papel da interatividade, na capacidade de a informação mudar hábitos, idéias ou estilos de vida, no papel das linguagens na comunicação. Hoje se estuda com afinco as relações entre mensagem e linguagem, os discursos da comunicação, em busca de soluções mais eficazes. Ganharam ímpeto e urgência os estudos de comportamento e renasceu o interesse pela análise do conteúdo do discurso jornalístico.

O envolvimento do jornalista em campanhas de prevenção é delicado; pode levar à intimidade com instituições e agências de governo, à renúncia do distanciamento crítico e da capacidade de revelar e criticar políticas públicas; a trocar a lógica analítica e explicativa do bom jornalismo pela retórica da persuasão. Esse é um dos dilemas do jornalismo dedicado à saúde: como participar de campanhas sanitárias ou preventivas, de propaganda e de esclarecimento, sem violar a demarcação ética que distingue jornalismo de outras atividades comunicativas, em especial da propaganda e das relações públicas?

Se é óbvio o papel da comunicação e da propaganda nas campanhas preventivas, menos óbvio é o potencial de contradição e até mesmo antagonismo entre a ética jornalística e a ética referencial das ações do poder público. Suas ações apresentadas como as únicas possíveis, não são neutras; envolvem opções. O Estado decide dentro de um contexto de forças políticas e sob uma forte determinação de classe ou de estamentos, ou de interesses mercantis ou geo-políticos. No limite, campanhas de vacinação contra o sarampo e contra a tuberculose podem ser vistas não como a melhor forma de evitar essas doenças, mas como a melhor forma de não precisar mexer na estrutura econômica e social produtora do sarampo e da tuberculose, de não precisar prover emprego para todos, de perpetuar uma sociedade desigual e um habitat sujo. A prática médico-sanitária tem também uma dimensão de controle social (Berlinguer, 1978).

O conteúdo das mensagens, em geral sobre-determinado pelos códigos e linguagens da propaganda convencional, também é um problema. Tanto por ser criado pelas agências de propaganda, como pela natureza dos veículos usados. Além de graves disfunções em público-alvo e em eficácia da mensagem, como se verificou nas primeiras campanhas de prevenção da Aids no Brasil, dá-se uma reiteração da ideologia dominante, seja diretamente, ou subliminarmente.

Por outro lado, as novas técnicas de manipulação do código genético, dos transplantes de órgãos e da reprodução fora do útero, têm vastas implicações nas esferas da cidadania e da ética. São de grande interesse jornalístico, independente de seu interesse médico. Sua cobertura é um grande desafio jornalístico. Exigem-se conhecimentos mais sofisticados da ciência, da genética e da medicina. Ao mesmo tempo, trazem dilemas éticos, como o acompanhamento da bioética, ainda em processo de construção nas comissões éticas organizadas nos hospitais para tratar dessas novas questões.

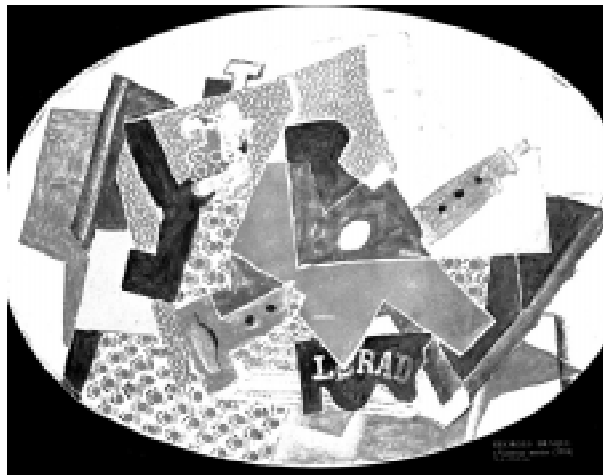
Nem os tradicionais princípios da máxima beneficência e mínima maleficência, aplicados na determinação da justeza de experiência em seres vivos, e nem os conceitos usuais de direito civil parecem suficientes para responder a essas novas situações. Frente à complexidade dessas questões, cabe ao jornalista o papel delicado de socializar as discussões e contribuir para o processo de construção de uma nova moral.

Referências bibliográficas

- BERLINGUER, G. **Medicina e poder**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.
- BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1990.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Tercera evaluación de la aplicación de las estrategias de salud pra todos en el año 2000: región de las Americas. **Bol. Epidemiol.**, v.18, p.1-16, 1997.
- PHILO, G. **Media and mental distress**. London: Longman, 1996.
- RATZAN, S. C. Health Communication as negotiation. **Am. Behav. Sci.**, v.38, p.224-7, 1997.
- TURSHEN, M. **The politics of public health**. London: Zed Books, 1989.
- WHO. **World Health Report**, 1998. Geneva: WHO, 1998.

PALAVRAS-CHAVE: jornalismo; saúde; direitos humanos.

KEY WORDS: journalism; health; human rights.



Intencionalidade, jornalismo opinativo e leitura

Luiz Antonio Ferreira¹

Os caminhos da leitura na escola estão sendo repensados por muitos estudiosos e, assim, a função hermenêutica da retórica ganha corpo cada vez mais expressivo quando a concebemos, como o faz Olivier Reboul (1998) em sua obra *Introdução à Retórica*, que para ser bom orador - e, completamos, bom leitor - é preciso saber a quem se está falando (ou quem fala), não se deter no texto, mas ir além e compreender o discurso com suas intenções manifestas ou latentes, a fim de detectar as possíveis ciladas, de sopesar as forças de seus argumentos e sobretudo de captar o não-dito. Vista pelo prisma heurístico, por sua vez, a retórica admite que a verdade raramente é evidente e, assim, seu papel seria também o da descoberta. Nessa perspectiva, é possível retomar em Maingueneau a afirmação de que cada discurso estabelece seu tom por meio de uma voz que repousa na figura do orador e de seu *ethos*. Ao leitor, compete buscar, na materialidade da linguagem e no contexto, os sentidos possíveis pela identificação precisa das estratégias persuasivas. Tendo por base o discurso jornalístico, este texto pretende associar os conceitos da pragmática discursiva, ou especificamente o de intencionalidade local e global, de Anne Reboul e Moeschler, com os estudos da retórica de Perelman e de Olivier Reboul a fim de contribuir para os estudos que pretendem a busca de caminhos para uma pedagogia da leitura capaz, sobretudo, de ampliar a criticidade pelo desvendamento das estratégias utilizadas no conjunto de traços de

¹ Professor de Linguística da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

operações da enunciação.

Para a realização desses objetivos, valemo-nos, como artifício didático, de um texto jornalístico opinativo, denominado “Carta a um Jovem Repórter”, publicado em 21 de maio de 1998, na Folha de São Paulo, assinado por Jorge da Cunha Lima, jornalista e escritor, de sessenta e cinco anos, identificado no rodapé como presidente da Fundação Padre Anchieta, mantenedora da TV Cultura. O texto tematiza o confronto entre duas visões jornalísticas, uma antiga e outra moderna, com evidente viés opinativo favorável à tradição. Essas categorias, modernidade e tradição, convivem em qualquer sociedade, coabitam em qualquer época e, por isso, independentemente da posição do orador, dão pistas ao auditório de um modo de entender a experiência humana e, sobretudo, permitem entender como se legitimam os discursos, os modos de vida e os comportamentos. Essas duas categorias motivam, no plano temático, o autor a analisar duas posturas possíveis: a da paixão (supostamente necessária ao repórter) e a que a esta se contrapõe, a da exacerbada visão crítica de mundo, que privilegia o plano da relevância da informação:

Tenho minhas dúvidas de que um repórter sem paixão possa prestar serviço relevante ao jornal em que trabalha. Na falta de paixão, sobra-te uma visão crítica do mundo, o que não é mau em si, mas se torna deletério no abuso.

Essa afirmação nasceu de um comentário primeiro do repórter, como mostra o parágrafo a seguir:

Outro dia, um jovem repórter dizia-me, com grande convicção, que mantém sempre distância absoluta dos fatos e das pessoas, uma clara neutralidade diante do sujeito e do objeto, para ser justo nas suas reportagens.

Evidentemente, o repórter dá mostras de crenças adquiridas durante sua formação. A partir daí, o jornalista mais experiente desencadeia uma discussão que põe em xeque tanto a função do jornalista no mundo contemporâneo quanto o lugar da razão e da afetividade em nossos dias. A afirmação do jovem repórter advém, por certo, de uma concepção de fazer jornalismo que, por sua vez, pode ter sido herdada do mito do objetivismo que dominou a cultura ocidental e, particularmente, a filosofia ocidental, dos pré-socráticos até nossos dias (racionalismo cartesiano, empirismo, filosofia kantiana, positivismo lógico). A razão na modernidade, diz-nos o estudioso da comunicação Adriano Duarte Rodrigues (1994), “*desempenha o papel inquestionado de ponto de fuga da representação, de unificação dos saberes, pela indagação da natureza, dos modos de funcionamento do mundo e pela descoberta das leis que o regem*” e, complementa, é o lugar invisível a partir do qual o mundo é posto em perspectiva. Contra essa postura cartesiana se insurge o experiente jornalista, ao propor uma nova ordem de representação que admite como também possível a construção subjetiva do real, como se percebe na seguinte afirmação: “*Perdes, pela*

neutralidade ascética, o juízo maior, que não se produz pela simples distância, mas por um contato muito próximo da razão e da sensibilidade com o assunto de tua reportagem.”

O repórter, para Jorge da Cunha Lima, deveria posicionar-se como um analista da realidade, como um intérprete e não como mero reproduzidor de fatos. Nesse sentido, parece concordar com Moeschler e Reboul quando solicitam que o intérprete focalize as intenções de todos os implicados num processo comunicativo e, assim, assuma uma postura cognitiva explicitamente intencionalista, justamente para ressaltar dois pontos fundamentais que levam em conta, primeiramente, o fato de os envolvidos na comunicação serem agentes racionais, e, depois, de os mesmos agentes serem dotados de crenças, desejos e outros estados mentais. Os parágrafos iniciais da “carta” são bastante enfáticos nesse sentido:

² A origem etimológica e a evolução do termo tradição (do verbo latino tradere, composto de dare, dar ou transmitir, entregar, e do prefixo trans-, completamente, de um lado ao outro) é bastante sugestiva, uma vez que, em latim, traditio podia ser utilizado tanto para indicar uma ação de entregar ou de dar algo ou alguma coisa, quanto para uma narrativa ou história que relatasse acontecimentos supostamente passados. Uma outra acepção referia-se à traição, ato de entrega a um inimigo de alguém ou de alguma coisa. Traditor poderia ser tanto o mestre que transmite um ensinamento quanto o traidor que entrega às escondidas alguém a um inimigo. Confundidas, na origem, a partir de um mesmo étimo, os termos tradição e traição ganharam contornos distintos a partir do século XIII. De qualquer modo, a palavra tradição ainda guarda resquícios do sentido primeiro, na medida em que não é um conhecimento exato e formalmente objetivável que a tradição transmite, mas, sim, algo que pertence à ordem da reminiscência, algo que os discursos podem trair ou deixam transpirar.

Ao falar isso com um certo orgulho, mas sem brilho nos olhos, deu-me a impressão de se tratar do cultor de uma língua que só admitisse predicados, de uma justiça que dispensasse toda afetividade ou de uma crítica incapaz de se comprometer.

Pois és, jovem repórter do primeiro parágrafo, o mais vulnerável dos “focas”. É bem provável que tenhas lido com fervor reverencial o manual de redação mais próximo, mas tua contribuição ao jornal talvez não vá muito além do computador que usas para promover a justiça factual de cada dia.

O jornalista, então, lê o fato ocorrido e o transforma, pelo processo de comunicação, em fato informado. E o faz pelo discurso que, por sua vez, evidencia as inferências feitas a partir de seu repertório e visão de mundo. Pensar o discurso do dia-a-dia, que se transmuda em fato, seria, então, um exercício de compreensão e de inferências que advêm da dinamização de fenômenos diversos, capazes de revelar parte do repertório e das experiências de determinado sujeito, como bem pontuam Moeschler e Reboul. Ressalte-se que a mesma postura investigativa seria desejável no leitor.

Pautando-se nos considerados “notáveis”, Jorge da Cunha Lima justifica sua posição favorável a um jornalismo outro, que se interponha à corrente objetivista apregoada pelo jovem repórter:

No meu percurso de jornalista, conheci três notáveis, que pouco se enquadrariam nessa neutralidade justiceira que professas hoje. Exerciam a sua profissão com a mesma ética diante do poder, da autoridade ou da miséria explícita. Tinham a paixão na medula, embora fossem tão diversos - quase opostos, se confrontados.

O apoio explícito do velho jornalista vincula-se a uma espécie de valorização ético-humanística encontrada em tradição² bastante recente, uma vez que limita a argumentação ao “seu” percurso de jornalista. Sua fala pretende ressaltar a intencionalidade, a paixão dos velhos jornalistas,

envoltos numa prática de natureza dissertativo-expositiva e, por isso, dotada de intencionalidade enunciativa, capaz de traduzir e até de trair quando as crenças éticas do orador esconderem, para ele mesmo, as outras faces de uma suposta verdade. O interesse real do jornalista estaria no investigar a significação do fato que comenta. Enfim, seu interesse é negociar os sentidos.

Quer nos parecer que, embora não o diga explicitamente, Cunha Lima confia na capacidade interpretativa do leitor, capacidade de entender a intencionalidade do jornalista diante dos fatos e que, por meio de um processo de interpretação, ambos devem ser capazes de chegar às suas próprias conclusões. Há, nessa suposta crença, uma visão de leitura como evento social (Bloome, 1993), como um processo que permite ao indivíduo orientar a si e aos outros, controlar a si e ao outro, comunicar o que pensa e sente por meio da negociação dos sentidos possíveis de um texto ou de vários, postos em relação intertextual.

Cabe, neste momento, refletir, ainda que brevemente, sobre algumas questões ligadas à educação e à formação de leitores. O jovem repórter, em seu discurso, está convicto de que procede muito bem ao evitar, a qualquer custo, o aspecto subjetivo, o sinal mínimo de envolvimento emocional para ressaltar o aspecto racional e frio da análise estrita do fato. Querendo informar, pretende instaurar uma espécie de observação supostamente científica da realidade. O velho jornalista, por seu turno, ressalta que no centro do processo de profissionalização não está o *fazer*, mas o *saber-fazer* e isso seria muito mais do que o exercício rotineiro de um ofício, já que admite a reinvenção constante, movida por um impulso capaz de lançar um olhar valorativo sobre os fatos, sem abandonar a visão de mundo do orador ou do auditório. Enfim, o que Cunha Lima reclama do repórter é o que se exige de um leitor proficiente: capacidade para descobrir o tom de cada discurso, desvendar na voz do orador o seu *ethos*. De acordo com esse raciocínio, cabe ao leitor a interpretação, cabe ao leitor saber que “*a idéia de uma linguagem idealmente transparente às coisas não é verdadeira nem mesmo para o discurso mais comum, já que a enunciação deixa sempre seu vestígio no enunciado e que a linguagem só pode designar designando-se*” (Maingueneau, 1996).

Assim, a neutralidade do repórter seria apenas um mito. Escrever para um jornal como um ato que procura fazer crer que o que se diz é verdadeiro, é simplesmente um ato ou esforço retórico. Ao leitor compete saber por que meios um discurso é persuasivo para dar o efeito de verdade. Como afirma Olivier Reboul (1998, XVII), esses meios são de ordem racional alguns, de ordem afetiva outros, já que em Retórica, razão e sentimento são inseparáveis.

Os meios de competência da razão fundam-se no argumento, nem sempre lógicos, como bem nos mostra Perelman (1996); os meios que dizem respeito à afetividade centram-se em dois pólos distintos e complementares: de um lado o *ethos*, o caráter que o orador assume e demonstra para chamar a atenção e angariar a confiança do auditório; de outro, o *pathos*, as tendências, os desejos, as emoções do auditório das quais o orador procura tirar partido.

Jorge da Cunha Lima procura dar essa visão ao jovem jornalista quando, ao referir-se a Júlio Mesquita Filho, diz:

Tomava partido o tempo todo, falava e escrevia em nome dos seus princípios, desconhecia a neutralidade. Tinha enorme afeto pelas pessoas, inclusive adversários ideológicos, que abrigava com generosidade em seu jornal. Era amado e odiado, mas morreu respeitado como grande jornalista.

O experiente jornalista procura mostrar ao jovem repórter a existência de um conceito outro de competência humana, que pode aliar, num todo orquestrado, razão e emoção, e que é necessário fazer da disponibilidade de aprender, apreender e sentir o centro da atuação profissional. Evidentemente, tais habilidades não são mágicas, mas, sim, processuais. Nesse sentido, a escola muito poderia contribuir. Se tivéssemos alternativas mais sólidas para ensinar a ler e para permitir que o educando construísse o seu percurso de leitura, encontraríamos meios de evidenciar que mais do que trilhar rotineiramente e com absoluta segurança caminhos certos do texto, é possível ler discursos para recriar efeitos de sentido, ler para descobrir como o discurso do outro, constituído de diversos planos, reproduz a variedade do mundo e sobretudo a polarização do *pathos* e do *logos*.

O ato de ler, então, assume outras proporções, pois, no plano fenomenológico, encaminharia o indivíduo para o pensar como ato de descoberta permanente. Não há, pois, “modelos”, mas produção interacional de percepção e conhecimento. Ler, nesse sentido, seria um processo de aprender e diz respeito a habilidades ligadas ao ato de sentir, interrogar, raciocinar para entender. Em outro plano, o pedagógico, ler envolveria a capacidade de desenvolver no educando a habilidade de intervir na realidade de modo crítico e criativo, uma face que leva em conta a formação do cidadão e que, com base na capacidade de análise e compreensão para além do plano formal, pode moldar o sujeito histórico e o habilitar a criar e viver



GEORGES BRAQUE, Natureza Morta, 1918. Instituto de Arte de Chicago.



consciente e produtivamente, ao mesmo tempo, sua história própria e a coletiva. Outras habilidades como a da livre emoção (que permite o envolvimento subjetivo) e a de transferir para demonstrar concretamente o saber pensar são requeridas nesse processo. Assim, no percurso desse descobrir permanente o educando estaria sendo encaminhado para uma aprendizagem realmente efetiva, para um aprender que não conseguiria descansar sobre esquemas feitos, pré-moldados, pré-determinados, como há tanto tempo costuma acontecer na escola. Ler, nessa perspectiva, implicaria o desaparecimento da visão “treineira” da leitura que teima em habitar nossas escolas. Expressões como “criar hábito de leitura”, “incentivar a prática de leitura” podem esconder uma concepção de leitura ligada ao fazer repetitivo, ligada ao desejo de treinar sempre e com tal intensidade que a resposta seja invariavelmente um bem repetir que, convenhamos, é uma técnica nem sempre educativa. O ato de ler, assim, seria um fenômeno que permitiria constantemente a recriação, que poderia ser ampliado constantemente pelo desejo de julgar com parcimônia e conhecimento de causa, pois o julgar é produto de avaliação e apreciação dos aspectos constitutivos e persuasivos do texto e do discurso que o sustenta. Ler, nesse sentido, seria demonstração cabal de que toda a leitura tem um propósito: lemos para deleite de nosso espírito, lemos para fazer resenhas na universidade, lemos para resumir e lemos, sobretudo, para entender o outro, seus desejos, suas habilidades discursivas, suas técnicas persuasivas.

Referências bibliográficas

- BLOOME, D., EGAN-ROBERTSON, A. The social construction of intertextuality in classroom: reading and writing lessons. **Read. Res. Quart.**, v.28, n.4, p.48-55, 1993.
- MAINGUENEAU, D. **Pragmática para o discurso literário**, São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- PERELMAN, C., OLDEBRECHTS-TYTECA, L. **Tratado da argumentação** - a nova retórica. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- REBOUL, A., MOESCHLER. **Pragmatique du discours: de l'interprétation de l'énoncé à l'interprétation du discours**. Paris: Armand Colin, 1998.
- REBOUL, O. **Introdução à retórica**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- RODRIGUES, A. D. **Comunicação e cultura: a experiência cultural na era da informação**. Lisboa: Presença, 1993.

PALAVRAS-CHAVE: jornalismo; leitura; comunicação persuasiva.

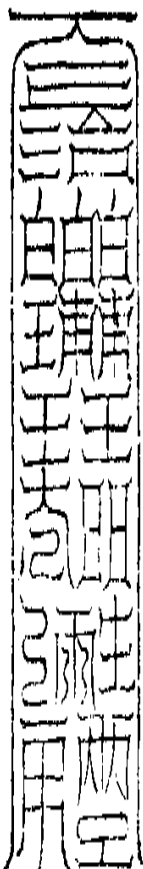
KEY WORDS: journalism; reading; persuasive communication.

Vivido sobre a areia

“Toda existência é construída sobre a areia,
a morte é a única certeza que temos”

Michel Onfray

Talismã do Grande Yin (séc.12 d.C.)



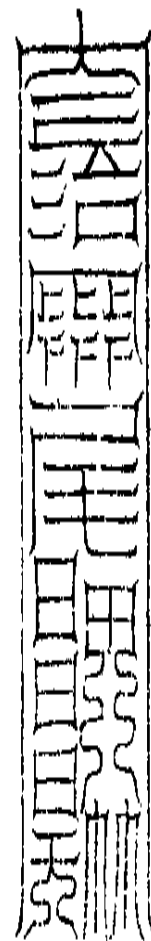
- Mas o que a senhora está sentindo?
- Eu sou muito infeliz

O médico diagnosticou um enfisema pulmonar, mas sua dor era brutal. O corpo, um oco desvalido, quase mineral, retraindo-se. Diante do risco de viver, o jeito talvez fosse liquefazer a carne, distanciar-se para sempre dessa imperiosa força de existir, que teimava. E o corpo ainda insistia em recitar sua desconjuntada sintaxe e se debatia decidido contra aquela prisão incompreensível. Afinal, era um corpo abatido, mas ativo, desejando recobrar uma música sutil, quase inaudível, cheia de chiados e tão exemplarmente sua.

A ressurreição do corpo

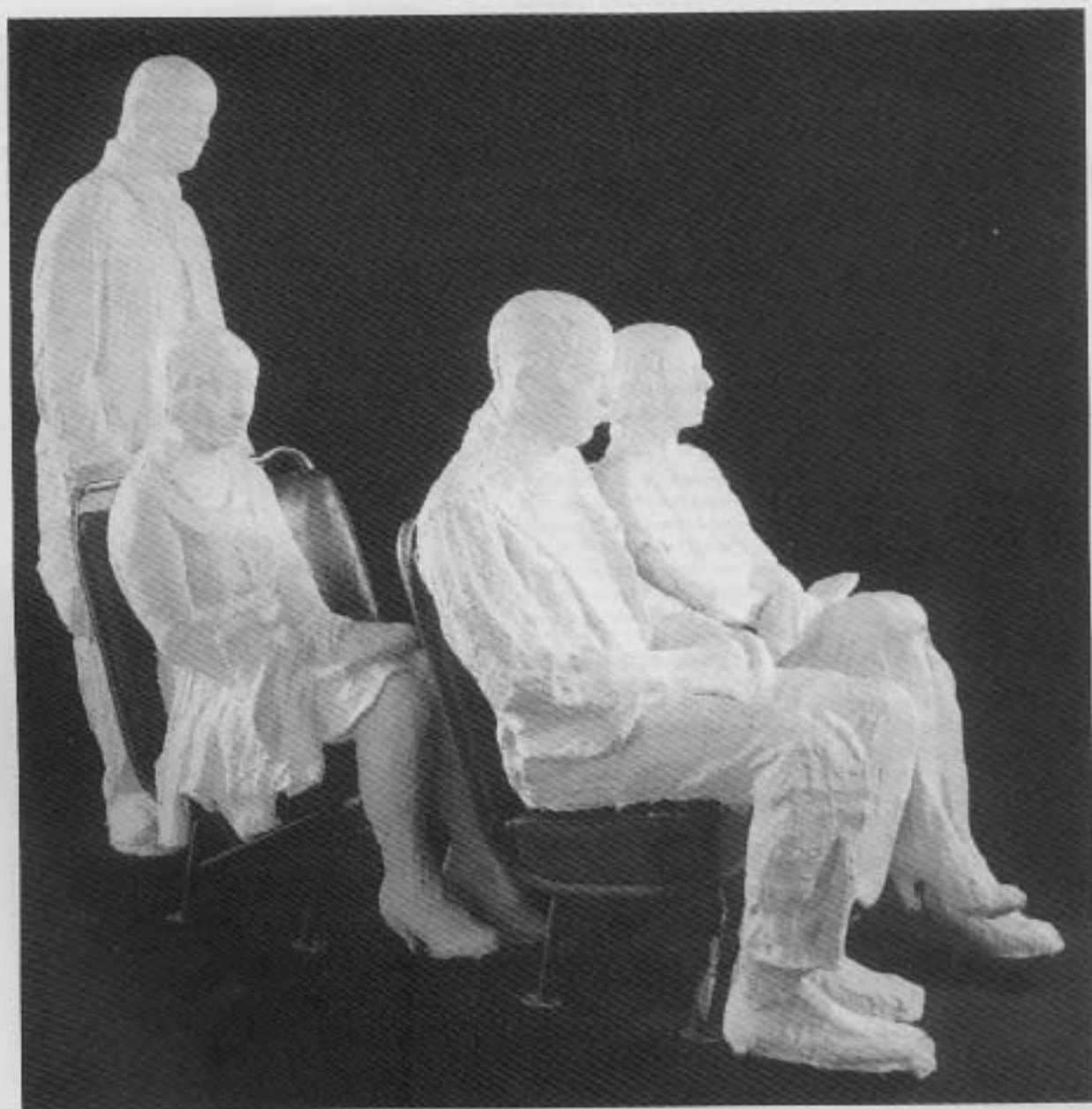
Foi numa sala crua e muito fria. Seu corpo buscava um lugar de desabafo expressivo que pudesse abrigar seus naturais barulhos. Conectada a uma maquinaria inteligente, pronta para registrar os batimentos do coração, sua voz pôde jorrar pura no espaço, ecoando uma canção de órgãos. E a sala vibrou em sons articulados que desenhavam diagramas de vida, passados, presentes, futuros. Naquele instante, a carne se reconciliava com a existência, esculpindo um tempo outro para aquele corpo violentamente doente, impondo sua singular resistência, inventando toda a saúde que lhe faltava.

Rosane Preciosa Sequeira, doutoranda no Núcleo de Estudos e Pesquisa da Subjetividade, Pontifícia Universidade Católica, PUC-SP.




Talismã do Grande Yang (séc.12 d.C.)

O eixo estendido entre o texto que abre e o texto que fecha este número "quase tecnológico" sugere a mineralização da nossa existência "passageira", de "passageiros" em trânsito para uma morte que não compreendemos mais. Do silício das rochas fazemos os microprocessadores que integram os circuitos da nossa contemporânea existência; dos grãos de rocha (areia) é feita nossa existência. Com gipsita molhada (gesso) petrificamos "passageiros" humanos, para sempre paralisados numa viagem insólita: cálcio calcinado congelando o trânsito e as trocas possíveis através dessa impressionante pele de osso.



GEORGE SEGAL, *Passageiros de Ônibus*, 1964, Hirshhorn Museum and Sculpture Garden, Washington, DC.



Segal retrata o anonimato das ações do dia a dia, impostas pela sociedade em que vivemos, capturando a alienação da humanidade no mundo moderno.

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação voltada à problemática da educação e da comunicação no campo da saúde, incluindo as questões da formação continuada e do ensino na Universidade. Publica textos inéditos em português, inglês e espanhol, segundo as normas abaixo relacionadas.

SEÇÕES

Ensaio — Textos analíticos resultantes de estudos, pesquisas e revisões sobre temas ligados ao eixo temático de INTERFACE (até 25 laudas, com resumo em inglês, espanhol e português, contendo de três a cinco palavras-chave).

Artigos e Relatos — Textos resultantes de experiências desenvolvidas nas áreas de interesse da revista (até 25 laudas, com resumo em inglês, espanhol e português, contendo de três a cinco palavras-chave).

Debates — Textos resultantes de palestras, mesas-redondas, entrevistas ou debates (até 20 laudas).

Notas breves — Descrição de pesquisas e projetos inovadores voltados para as áreas de interesse da revista; comentários de eventos e acontecimentos (até seis laudas).

Livros — Publicações lançadas recentemente, no Brasil e no exterior, sob a forma de resenhas, comentários e/ou colagem organizada com fragmentos do livro (até cinco laudas).

Teses — Descrição sucinta de teses defendidas.

Espaço aberto — Reflexões breves sobre temas polêmicos e/ou atuais; comentários e críticas a artigos publicados em números anteriores; opiniões e sugestões (até cinco laudas).

Criação — Reflexões com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes — Divulgação de Congressos, eventos etc.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

São aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês. Os originais devem ser enviados em diskete 3 1/2 (word for windows, espaço duplo, sem parágrafo) e três cópias em papel. Folha de rosto com título em inglês, português e espanhol, nome(s), instituições e endereço do(s) autor(es), resumos (até 200 palavras) e palavras-chave nos três idiomas.

ILUSTRAÇÕES — Tabelas, figuras, gráficos e desenhos (tif ou jpg) devem ser apresentados em páginas separadas. As ilustrações podem ser enviadas em disquete, acompanhadas de cópia impressa, com legendas e a devida numeração.

CITAÇÕES — Referências a autores no texto devem subordinar-se à forma (autor, data, página). Diferentes títulos do mesmo autor, publicados no mesmo ano, devem ser diferenciados adicionando-se uma letra depois da data (a, b).

As referências bibliográficas (só as citadas) devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, conforme os exemplos:

LIVROS — exemplo: BUARQUE, C.A. **A aventura da Universidade**. São Paulo: EDUNESP, 1994.

ARTIGOS EM REVISTAS — exemplo: TEIXEIRA, R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 1, n. 1, p.7-40, 1997.

TESES — exemplo: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração**: o caso de Botucatu e São Manuel. São Paulo, 1979. 175p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

EVENTOS — exemplo: PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33, 1995. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995.

Todos os textos serão submetidos a pareceres. Caso sejam sugeridas alterações, os autores serão consultados. Os originais não serão devolvidos.

INTERFACE-Communication, Health, Education publishes original essays and reports in Portuguese, English and Spanish. Contributions for the debates, theses and books sections as well as short communications, somehow related to the journal's main interests, critics and reviews of the published articles are welcomed. In addition, the journal may also have a creation section.

SECTIONS

Essays - Analytical texts resultant from studies, researches and reviews of interest. Manuscripts should have up to 25 pages and contain an abstract in both the author's native language and English, with 3 to 5 key words.

Articles and Reports - Texts resultant from experiences in the areas of interest and an abstract in both the author's native language and English, with 3 to 5 key words.

Debates - Texts resultant from speeches, round-table discussions, interviews and debates (up to 20 pages).

Short Communications - Descriptions of innovative researches and projects in the areas of interest; comments on events and happenings (up to 6 pages).

Books - Presents publications recently released in Brazil and abroad. It includes reviews, comments and/or clippings of the book (up to 5 pages).

Theses - Brief description of theses defended.

Open Space - Brief reflections about classes, courses or seminars on current and/or controversial topics are welcome; comments and reviews of articles published in previous issues; opinions and suggestions (up to 5 pages)

Creation - Reflections presented in a less formal way with emphasis on iconographic, poetic and literary language.

MANUSCRIPTS

Manuscripts should be written in Portuguese, Spanish or English and submitted in triplicate. The copies should be typewritten, 1 1/2 spaced on IBM-PC compatible floppy disks. These should be 3.5", Word for windows. The title page should contain the author's name(s), affiliations, a 200-word abstract in both the author's native language and English, keywords (native language and English) and author's complete mailing address. **ILLUSTRATIONS**- Tables, figures, graphs and drawings (in tif or jpg) should be separate. They may be sent on a floppy disk together with their printed version. They should contain legends and be numbered.

REFERENCES- References within the text should present the author's name, date and page. Different titles by the same author, published in the same year, should be differentiated by a letter following the date (a,b). Bibliographical references should be listed, in alphabetical order, at the end of the text, as the examples:

BOOKS — example: BUARQUE, C.A. **A aventura da Universidade**. São Paulo: EDUNESP, 1994.

ARTICLES from JOURNALS — example: TEIXEIRA, R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 1, n. 1, p.7-40, 1997.

THESES — example: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração**: o caso de Botucatu e São Manuel. São Paulo, 1979. 175p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

EVENTS — example: PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33, 1995. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995.

All manuscripts are submitted to referees. In case changes are recommended, the authors will be consulted. No manuscript will be returned.

INTERFACE: superfície de contato, de tradução, de
articulação entre dois espaços, duas espécies,
duas ordens de realidade diferentes

Pierre Lévy