

CADERNOS DO IMS

VOL II N.2 JUN/JUL

1 9 8 8

CADERNOS DO IMS. Rio de Janeiro: Instituto de
Medicina Social/UERJ, 1988.

Comissão Editorial:

Sérgio Carrara (Coordenador)

Joel Birman

Luiz Antonio Castro Santos

Maria Lucia Fernandes Penna

Secretária de Editoração: Regina Marchese

Diretor do Instituto de Medicina Social

Maria Andréa Loyola

Cadernos do IMS, V. 2, nº 2 (1988), RJ,

IMS, 1988.

v. ; 31 cm

Irregular

1. Medicina Social I. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social.

Capa: Paulo Crown

Diagramação: Graça Borges

Apoio: UERJ/CEPESC/FINEP

Apresentação de colaborações e solicitação de exemplares
- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado
do Rio de Janeiro.

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - Bloco D

Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - 20.550

Telefone: (021) 284.8322 ramal 2572

ORIGEM Dezadas

DATA: 28 / 04 / 89

CADERNOS DO IMS

VOLUME 2 - NÚMERO 2

Apresentação.....	5
Prioridades em pesquisa científica no Brasil: Algumas reflexões	
Reinaldo Guimarães.....	9
Planejamento; Planejamento de saúde na perspectiva de um olhar cezalino; algumas anotações preliminares	
George E. M. Kornis.....	29
O impasse ideológico do movimento dos médicos residentes dos anos de 1978/1979	
Renato Peixoto Veras.....	67
Estratégias de controle da tuberculose: da descoberta do bacilo aos nosos dias	
Maria Lucia F. Penna.....	117
A questão das drogas: potencialidades e limitações dos métodos qualitativo e quantitativo em pesquisas sobre o assunto	
Cláudia de Souza Lopes.....	149
Drogadição - A contribuição da psicanálise contemporânea	
Francisco Inácio Bastos.....	173
Uma relação de amor em dois tempos: sobre a fotografia e a antropologia	
Maria Andréa Loyola.....	185

APRESENTAÇÃO

É sabido que a produção intelectual é um processo lento e dispendioso em recursos materiais e humanos, sobretudo em tempo. Entre um projeto de pesquisa ou um texto para discussão e o seu produto final - um livro, ou artigos publicados em revistas ou periódicos especializados - muitos meses ou muitos anos podem decorrer.

O objetivo destes Cadernos é o de colocar à disposição do público, ainda que restrito, o produto dessas etapas intermediárias e dos inúmeros passos envolvidos nesse processo mais amplo a que chamamos produção de conhecimento.

Trata-se de um espaço aberto à publicação de textos para discussão como o de Reinaldo Guimarães e o de George E.M. Kornis, de relatórios de pesquisa ou artigos elaborados a partir de capítulos de teses e dissertações, como os de Maria Lúcia F. Penna, Renato P. Veras e Francisco I. Bastos, de ensaios como o de Maria Andréa Loyola ou de projetos de pesquisa em andamento, como o de Claudia de Souza Lopes.

Este espaço inclui ainda: resenhas de livros, bibliografias comentadas, comunicações em conferências ou seminários, etc.

Em outras palavras, pretende-se fazer circular entre os professores e alunos do IMS e das instituições congêneres e afins as idéias que estão

sendo geradas, de modo a propiciar através do debate amplo e duplamente interdisciplinar - dos leitores e dos assuntos - o enriquecimento e a multiplicação da produção acadêmica na área da Saúde Coletiva.

COMISSÃO EDITORIAL

1

PRIORIDADES EM PESQUISA CIENTÍFICA

NO BRASIL: ALGUMAS REFLEXÕES

REINALDO GUIMARÃES

PRIORIDADES EM PESQUISA CIENTÍFICA NO BRASIL: ALGUMAS REFLEXÕES

REINALDO GUIMARÃES

RESUMO

O artigo apresenta um breve histórico da política e dos instrumentos oficiais de política científica no Brasil, bem como apresenta de forma sintética a massa crítica disponível na atualidade, que é, além de pequena, mal distribuída geograficamente. De cerca de 50.000 pesquisadores em atividade (relação de 1 para cada 2.500 habitantes), 45% estão concentrados no Rio e São Paulo, que contribuem com não mais de 32% da população brasileira. Discute ainda os principais problemas de uma política científica na atualidade, centrando o debate em quatro questões: 1) Qual o grau de prioridade que deve ser dado à ciência num país que ainda não conseguiu equacionar os principais problemas relativos à sobrevivência de sua população? Mais ainda qual o tipo de produção científica a ser enfatizada, face a estes problemas? 2) Do ponto de vista do desenvolvimento científico, faz sentido conferir prioridade a algumas áreas de conhecimento em relação à outras? No caminho trilhado pelo desenvolvimento científico contemporâneo, permanecem válidas as relações tradicionais entre pesquisa básica, aplicada e desenvolvimento tecnológico? 3) Dentre os vários "fatores de produção" que se articulam para dar origem ao conhecimento novo, qual aquele mais problemático no Brasil de hoje? 4) Cerca de 90% da produção científica brasileira é oriunda de projetos desenvolvidos em universidades. O perfil institucional destas é adequado às necessidades da produção científica no país para as próximas décadas?

O Brasil possui hoje, cerca de 50.000 pesquisadores em atividade, o que representa uma relação de um pesquisador para cada 2.500 habitantes, relação entre cinco e dez vezes menor do que a encontrada nos países centrais. Destes, 26% possuem grau de doutor e 56% possuem doutorado ou mestrado. A distribuição desta população pelo território nacional é marcadamente desigual e concentra

da na região Sudeste. Somente nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, que possuem 31,4% da população nacional, estão concentrados 23.500 pesquisadores, 45% do total. O déficit de pesquisadores é global, não sendo concentrado em qualquer área de conhecimento. Os números são:

	(%)
Ciências Exatas e da Terra.....	12.6
Ciências Biológicas	9.7
Engenharias.....	14.7
Ciências da Saúde.....	11.5
Ciências Agrárias.....	14.4
Ciências Sociais Aplicadas.....	8.6
Ciências Humanas.....	9.4
Linguística, Letras e Artes.....	2.8
Sem informação.....	16.3
Total.....	100.0

Fonte: Martins, G.M. e Queiroz, R. O perfil do Pesquisador brasileiro. Revista Brasileira de Tecnologia, 18 (6) 38-46, 1987.

A atividade de pesquisa científica no Brasil é realizada quase integralmente nas universidades públicas, federais e estaduais (a única universidade privada brasileira que produz pesquisa em volume e qualidade apreciáveis é a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro). Além disso, faz-se pesquisa científica em Institutos de Pesquisa e em algumas empresas estatais.

Estima-se que o valor do orçamento agregado para ciência e tecnologia no Brasil hoje seja cerca de 0.7% do PIB. Não obstante, face à multiplicidade de órgãos e à excessiva liberalidade com que recursos são incorporados a esse orçamento, ele está, provavelmente superesti-

mado.

O financiamento direto à atividade de pesquisa científica é exclusivamente público e majoritariamente federal. (Estou excluindo deliberadamente a atividade de pesquisa tecnológica nas empresas.) As fontes de financiamento são fundamentalmente de dois tipos. Por um lado, recursos do orçamento do Ministério da Educação, responsável pelo financiamento dos salários dos pesquisadores e técnicos e pela construção e manutenção das instalações físicas dos laboratórios e escritórios. Por outro lado, as agências de financiamento, em número de quatro. A Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Conselho Na-

cional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

vinculados ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); a Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e, finalmente, o Fundo de Apoio à Pesquisa (FAPESP), vinculado ao Banco do Brasil.

Para 1988, os recursos já aprovados e que compõem os orçamentos dessas agências alcançam um valor próximo a US\$ 500 milhões. Deve-se observar que estes recursos financiarão a formação pós-graduada de recursos humanos (cerca de 2/3 deste valor), o estímulo na complementação salarial aos pesquisadores mais ativos e produtivos e a infra-estrutura diretamente ligada ao desenvolvimento de projetos (insumos para pesquisa e equipamentos). Não estão incluídos nesta cifra os recursos para pagamento de salários dos pesquisadores. Deve-se observar ainda que estes recursos foram aprovados em cruzados e este valor em dólares será necessariamente corroído pela inflação no decorrer do período.

O começo da Política Científica brasileira data do inf

ção dos anos 50, com a criação do CNPq e da CAPES, sendo que até o começo dos anos 70 estes eram os dois únicos instrumentos de formulação de política (principalmente o CNPq) e de financiamento e que se resumia ao atendimento da demanda espontânea por bolsas e pequenos auxílios individuais para projetos de pesquisa. Durante o "despotismo esclarecido" do Governo Geisel, no início dos anos 70, foi criada a FINEP e o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), que até o final da década (1978) passou a ser o principal instrumento de financiamento da pesquisa científica no país. Entre 1979 e 1984, período do último governo militar, a política científica e tecnológica desceu aos mais baixos níveis desde os anos 50. Esta queda se deu segundo vários aspectos. Em primeiro lugar, através da diminuição dos recursos financeiros para a pesquisa, que atingiu todas as fontes, mas principalmente o FNDCT (cujo orçamento para 1984, em termos reais, valia cerca de 25% do observado em 1979). Além disso, durante este período foi perdida ou, no mínimo, seriamente comprometida a capacidade de planejamento da atividade científica e tecnológica, então de responsabilidade do CNPq (curiosamente no organograma do governo, o CNPq, que era a cabeça do Sistema de Ciência e Tecnologia, era subordinado ao Ministério do Planejamento).

O que marca a atual conjuntura em termos de Política Científica é, sem dúvida, a criação do Ministério da Ciência e Tecnologia, em 1985. Esta marca decorre da possibilidade, apenas em parte concretizada, de alçar os negócios da ciência e tecnologia a um nível de preocupação estratégica de governo. Este fato nunca ocorreu no país, talvez com uma breve exceção durante o Governo Geisel e, mesmo assim, a questão estratégica era a tecnológica e não a científica.

A importância do MCT tem se evidenciado de dois pontos de vista. Primeiramente pela enorme melhoria da capacidade de articulação do Sistema com outros setores governamentais. Esta capacidade de articulação é muito importante, por um lado no que diz respeito à feroz competição por recursos financeiros e por outro no sentido de coordenar-se com outros setores governamentais ou não que possuem interesses reais na área de C&T. Quanto a negociação de recursos com a área econômica do governo, pode-se dizer que a atuação do MCT tem sido bem sucedida, haja vista o contínuo crescimento de recursos financeiros observado de 1985 até hoje. No entanto, a meu ver,

o crescimento está muito aquém das necessidades, bem como o esforço dispendido a cada ano para "fechar" os orçamentos e conseguir créditos suplementares é excessivo e poderia ser canalizado para tarefas mais nobres. Esta competição por recursos tem uma dupla face. Por um lado, os recursos no país são **realmente** escassos, e isto é um fator relevante. No entanto, em se tratando de recursos que genericamente poderíamos colocar na categoria de pré-investimento, seu volume é marginal em relação às cifras necessárias aos grandes investimentos nacionais. (A esse respeito, conta-se que em 1986 o então Ministro Renato Archer chegou a um bem sucedido final de negociação com o Ministro do Planejamento, quando advertiu-o de que tudo de que ele necessitava no momento, algo em torno de US\$ 150 milhões, era o preço que o país estava pagando para importar 2 guindastes para o porto do Rio de Janeiro.) Isto leva a crer, portanto, que, além da real escassez global de recursos, há dificuldades de ordem política em alguns setores da área econômica, dificuldades estas decorrentes da incompreensão destes setores da importância estratégica de C&T para o país.

Quanto à articulação com os demais setores da vida nacio

nal que, em relação ao C&T, os mecanismos tem sido até o momento de tipo ad hoc. Antes da criação do MCT, havia, no âmbito do CNPq, um organismo denominado Conselho Científico e Tecnológico (CCT) que cumpria esta função. Somente agora, o MCT pode reorganizar o CCT em outras bases, contando com a presença de pesquisadores, empresários comprometidos com desenvolvimento tecnológico e Ministros de Estado com interface importante com C&T. Acredita-se que o funcionamento deste Conselho possa suprir de modo permanente e orgânico a função de coordenação intersetorial.

Além destes aspectos, a presença do MCT no cenário nacional de C&T dá-se pela política que tem procurado imprimir ao setor. Procurarei discuti-la em seguida, organizando-a algo arbitrariamente em quatro questões, a saber:

- a) Num país de 3º mundo, faz sentido despejar recursos escassos em áreas de competição internacional, sem que problemas básicos de sobrevivência tenham sido equacionados? Em outras palavras e simplificando: vale a pena investir

no 4º grau enquanto 30 milhões de brasileiros

não sabem ler e escrever?

- b) Como priorizar em Ciência? Faz sentido, quando falamos em desenvolvimento científico, conferir prioridade a algumas áreas de conhecimento em detrimento de outras?
- c) Dentre os vários "fatores de produção" que se conjugam para chegar ao resultado final — conhecimento novo —, qual o mais escasso ou o mais importante para se atacar num país como o Brasil?

- 4) O perfil institucional voltado para a produção de conhecimento científico existente hoje no Brasil é adequado às necessidades do país?

Torna-se cada vez mais claro que o desenvolvimento econômico e social em nível planetário está ligado a avanços científicos e tecnológicos. Nos países centrais, esta constatação é revelada já há vários anos através dos crescentes recursos postos à disposição de atividades ligadas à C&T, tanto pelo setor público quanto pelas empresas privadas. Nenhum dos países do 1º mundo aplica em C&T menos do que 2,5 a 3% de seu PIB e o orçamento glo-

bal para estas atividades nos EUA em 1987 atingiu o valor da dívida externa brasileira. Algo como US\$ 120 bilhões.

O Brasil, apesar de não pertencer a este fechado clube, possui junto com alguns outros países do 3º mundo, uma situação peculiar. Nossa capacidade de produzir riqueza já nos exclui do grupo dos low income countries e nos agregou aos middle income. Isto decorre de termos atingido um patamar econômico onde o processo de industrialização foi praticamente completado, tanto em capacidade instalada como em termos de setores industriais cobertos. Isto faz com que, hoje, o ponto crucial para a alavancagem do desenvolvimento seja o de sua modernização e capacitação, através do aumento de seu patamar tecnológico. Neste sentido, apesar de 3º mundo, nossa visão de C&T deve-se identificar cada vez mais com a dos países centrais. O nosso desenvolvimento já é e será cada vez mais dependente de nossa capacidade de produzir ou apropriar-se de nossos conhecimentos e transformá-los em novos processos e produtos à disposição de toda a sociedade.

É verdade que nenhum tipo de desenvolvimento, seja industrial, seja científico, seja tecnológico, se realiza de maneira exclusivamente autônoma no mundo de hoje. Por outro lado é igualmente verdadeiro que um grau excessivo de dependência dificulta, se não impede, a capacidade de um país definir-se estrategicamente. Só para ficarmos no terreno da capacitação tecnológica, é consensualmente aceito que as melhores tecnologias simplesmente não são disponíveis para negócio.

A discussão sobre o padrão de desenvolvimento científico e tecnológico brasileiro é extremamente atual, haja vista o fortalecimento de correntes de opinião, em nível internacional, que propugnam a canalização de recursos para programas em C&T diretamente voltados para a resolução de problemas sociais e, senão o abandono, a diminuição dos investimentos em pesquisa de ponta, em nível de competir internacionalmente. A atual direção do Banco Mundial, por exemplo, tem tido a oportunidade de expressar este ponto de vista em discussões travadas no âmbito do MCT. O Governo brasileiro, por outro, tem esposado a opinião oposta, de que o desenvolvimento científico e

tecnológico deve se dar de modo abrangente, devendo-se investir em todas as áreas de ponta de modo a diminuir o gap que nos separa dos países do 1º mundo. Esta forma de ver o problema tem sido apoiada pela comunidade científica, e o exemplo mais maduro desta política pode ser observado nas áreas de informática e microeletrônica.

Sempre, em qualquer terreno, haverá que se dar prioridade de a alguma coisa. O que varia é o modo de fazê-lo e, neste particular, priorizar em Ciência e Tecnologia não é tarefa trivial. A começar pelo fato de que é essencial separar o terreno em dois capítulos distintos: o da ciência por um lado e o da tecnologia por outro. Na

quele em particular quando se trata de pesquisa científica fundamental, a opção por algumas disciplinas em detrimento de outras é quase sempre catastrófica. Na medida em que caminhamos para a pesquisa científica aplicada e, principalmente na área de desenvolvimento, a priorização torna-se mais fácil chegando a ser imperiosa. No terreno da pesquisa fundamental, a prioridade básica é a do bom projeto. No terreno da aplicação a prioridade básica é o bom projeto naqueles campos que se definiram como prioritários.

O MCT definiu como prioritárias cinco áreas de conhecimento. São elas a Informática, a Química Fina, a Pesquisa

sobre Materiais, a Mecânica de Precisão e a Biotecnologia

(não sem uma ponta de ironia foram apelidadas pela comunidade científica de "as cinco irmãs"). Esta decisão decorreu do diagnóstico de que é nessas áreas que se dá a competição internacional e que se deve esforçar para não deixar que a distância entre o país e o mundo se amplie.

Tem-se ouvido algumas críticas por parte da comunidade científica no sentido de que o MCT teria hoje bem formulada uma política tecnológica e não estaria dando a atenção devida à política científica. Isto decorre exatamente da definição daquelas áreas prioritárias que são vistas pela comunidade científica como opções apenas tecnológicas. Sobre isto, gostaria de fazer duas considerações. Em primeiro lugar, em minha opinião, cada uma dessas áreas se constitui um campo de pesquisa integrado tanto vertical quanto horizontalmente. Integração vertical na medida em que incorpora conhecimento e projetos desde a pesquisa básica até as etapas mais longínquas do desenvolvimento de produtos e processos, muitas vezes executados em empresas. Integração horizontal porque in

... e o desenvolvimento de técnicas e disciplinas. Por
... nessas áreas engi
... quanto de polí
... política científica
... integração, interdisci
... resistências em
... cientistas excluídos a um recorte
... disciplinas científicas. Se olhar
... mundo,
... de ponta tem liga
... integração vertical com
... "cinco irmãs". (Com a notável exceção da pesqui
... Ciências Sociais.)

A segunda consideração diz respeito à anterior e está li
gada ao que os pesquisadores em microeletrônica e infor
mática chamam de ambiente de pesquisa. Cada vez mais,
os ambientes do desenvolvimento tecnológico são os mes
mos dos da pesquisa científica, básica ou aplicada. Não
será necessário lembrar os Prêmios Nobel para cientistas
da IBM ou o fato de as grandes corporações que trabalham
com tecnologia de ponta estarem contratando, aos milha
res, pesquisadores fundamentais. Ou ainda o crescente
número de patentes registradas por pesquisadores univer
sitários e a criação de empresas de alto conteúdo tecnol
ógico por grupos de pesquisadores.

Na, no Brasil, dois exemplos onde é possível vislumbrar
esta situação. Um deles é um Laboratório desenhado espe
cificamente para montagem e controle de qualidade de pro
dutos de alta tecnologia, que é o Laboratório de Integra
ção e Testes, do Instituto Nacional de Pesquisa Espacial
(INPE). Neste caso — ambiente tecnológico por excelên
cia — se poderá encontrar uma equipe de pesquisadores
trabalhando desenvolvendo experimentos que necessitem

de condições s \tilde{o} encontr \tilde{a} veis no espa \tilde{c} o. Por outro lado, o maior acelerador de part \tilde{c} ulas em funcionamento no Brasil, o Pelletron, do Instituto de F \tilde{c} sica da Universidade de S \tilde{a} o Paulo (USP) — ambiente de pesquisa fundamental por excel \tilde{e} ncia — tem sido cada vez mais solicitado por grupos de pesquisa aplicada e tecnol \tilde{o} gica (algumas vezes por empresas) para testes de pureza do ar ou de cr \tilde{c} stais. Poder \tilde{a} ser objetado que, embora possa haver integra \tilde{c} o, esta se faz \tilde{a} custa da voca \tilde{c} o original do laboratorio. Ou, em outras palavras, haver \tilde{a} sempre uma voca \tilde{c} o mais importante. Pergunto, no entanto, em dez anos, quando em pleno funcionamento, qual ser \tilde{a} a voca \tilde{c} o mais importante do Laborat \tilde{o} rio Nacional de Luz Sincroton? Fundamental, aplicada, tecnol \tilde{o} gica? Penso que todas conviver \tilde{a} o no mesmo ambiente.

A quest \tilde{a} o fundamental \tilde{e} que a no \tilde{c} o de competitividade, presente h \tilde{a} mais de um s \tilde{e} culo nos dom \tilde{i} nios da tecnologia, est \tilde{a} se transferindo em velocidade crescente para o terreno do conhecimento cient \tilde{f} ico. \tilde{E} conhecido o fato de que tecnologia de ponta \tilde{e} segredo. N \tilde{a} o se publica. Vale dinheiro. Ao contr \tilde{a} rio, pesquisa cient \tilde{f} ica se publica. A l \tilde{o} gica \tilde{e} , historicamente, oposta. O sucesso de quem domina uma tecnologia mede-se pelo tempo em que esta pode ser mantida em segredo. Ao contr \tilde{a} rio, o sucesso do resultado cient \tilde{f} ico mede-se pela primazia da publica \tilde{c} o. Pois bem, hoje em dia n \tilde{a} o somente existem \tilde{a} reas de pesquisa b \tilde{a} sica onde declaradamente os resultados n \tilde{a} o s \tilde{a} o integralmente publicados (confinamento de plasma, por exemplo), como n \tilde{a} o sabemos, ningu \tilde{e} m sabe, o quanto de resultados nas mais diversas \tilde{a} reas do conhecimento cient \tilde{f} ico \tilde{e} escondido. N \tilde{a} o quero esposar uma vis \tilde{a} o catastrof \tilde{ic} a de um mundo onde o ideal do conhecimento sem fronteiras seja posto por terra em fun \tilde{c} o da competitividade. Mas \tilde{e} ineg \tilde{a} vel que j \tilde{a} hoje em dia os ambientes

são cada vez mais interpenetrados e a tendência é que se fundam cada vez mais.

Como se pode observar pelos números constantes no início deste trabalho, a escassez brasileira na área de C&T é geral. Há menos pesquisadores, menos laboratórios, menos e piores equipamentos, enfim, menos recursos em geral do que necessitamos. Foi, portanto, necessário dar prioridade ao "fator de produção" que se encontrasse em situação mais crítica. Por várias razões, chegou-se à conclusão de que o principal gargalo no processo de produção de conhecimento científico está na carência de recursos humanos qualificados. Em primeiro lugar porque é, sempre o "fator de produção" mais nobre. Sem os demais, pode-se fazer pesquisa em condições precárias. Sem este não se faz pesquisa de espécie alguma. Além disso na opinião de muitos abalizados cientistas a carência relativa de pesquisadores é maior do que a carência de laboratórios, equipamentos etc. Soma-se o fato de que, com o aparecimento de um setor muito dinâmico de empresas que utilizam tecnologia de ponta, tem crescido em escala considerável a demanda por pesquisadores. Não tem sido incomum a saída de pesquisadores das universidades para estas empresas, e, em princípio, não há nada de mau no processo. O problema está em que entre os que estão saindo encontram-se "matrizes", homens e mulheres que pela experiência e capacidade deveriam aliar-se para formar novos pesquisadores.

Para tentar superar o problema foi proposto um Programa Nacional de Formação de Recursos Humanos, a cargo do MCT e do MEC cujas metas para 1989 são a existência de 10.000 bolsistas de pós-graduação no exterior e 30.000 no país. Em 1986, estes números eram 2.000 e 10.000, e para 1988 existem recursos garantidos para 6.000 e

20.000 respectivamente. Não obstante algumas dificuldades na negociação dos recursos, o Programa tem conseguido, de modo geral, honrar suas metas.

Apesar do diagnóstico correto e da formulação de um programa adequado, é necessário pensarmos com seriedade nos demais "fatores de produção", sem o que poderão aparecer alguns efeitos colaterais altamente indesejáveis. Refiro-me à adequação do mercado de trabalho à absorção dos novos doutores que retornem do exterior ou defendam suas teses no país e à ampliação da capacidade instalada de pesquisa em níveis compatíveis com um trabalho em boas condições.

Quanto à primeira questão, a raiz do problema está em que o principal demandante de pesquisadores, a Universidade, está com seus portões praticamente fechados a novas incorporações já há alguns anos. Mais grave, não se vê possibilidades de modificar esta situação a curto prazo em virtude da séria desconfiança de que a maioria das Universidades tem excesso de pessoal, em boa parte com baixa qualificação e sem compromisso com a atividade de pesquisa. Se esta hipótese é verdadeira, então será difícil convencer as autoridades econômicas no sentido de liberar novos recursos para novas vagas.

A segunda questão parece-me de solução menos complexa, embora seja também crucial. O "parque" de pesquisa instalado no país teve sua última onda de renovação nos anos 70 (entre 73 e 79). É possível supor que boa parte dos equipamentos adquiridos neste período já esteja com um grau razoável de obsolescência. Se agregarmos a isto a necessidade de ampliação da capacidade instalada, de modo a dar condições de trabalho aos novos doutores, veremos que serão necessários recursos significativos. A

principal fonte de financiamento para cumprir este objetivo é o FNDCT, gerenciado pela FINEP. Foi com este fundo, composto de recursos do Tesouro Nacional e criado na década passada, que foi possível equipar os laboratórios durante os anos 70. Tem para 88 recursos já aprovados no valor de cerca de US\$ 60 milhões (quando foram aprovados, em outubro de 1987, valiam quase US\$ 100 milhões)e, tomando como parâmetro o crescimento em termos reais dos recursos para o Programa de Formação de Recursos Humanos, para que o FNDCT possa cumprir sua tarefa atual, deveria ter um crescimento real de fator 4 ou 5 (entre US\$ 200 e US\$ 250 milhões). Esta decisão é inadiável, sob pena de vermos ir por água abaixo o esforço de formação de pesquisadores. A face mais negra de mantermos o descompasso entre pessoal e os demais fatores de produção é o processo de brain-drain . Seria a primeira vez, em tempos de regime democrático, a acontecer e o exemplo de nossa vizinha Argentina, onde o êxodo de cientistas é antigo (existem hoje cerca de 70 doutores em Física argentinos em atividades no Brasil),deveria nos servir de alerta.

Um dos principais debates públicos na área de C&T no Brasil hoje pode se resumir na seguinte pergunta: a organização institucional voltada para a produção de conhecimento científico é adequada para os requerimentos de uma ciência competitiva internacionalmente?

Deixando de lado a pesquisa realizada nas empresas (ainda incipiente no país),faz-se C&T em dois tipos de instituição. Em primeiro lugar e de longe o mais importante, na Universidade. Além, nos Institutos de Pesquisa. Há hoje em dia, nessas instituições (particularmente na Universidade), três tipos de problemas.

Um de ordem mais conjuntural, que se vincula ao corte

de recursos para a pesquisa e à deterioração do nível salarial dos pesquisadores entre 1980 e 1984, mas que perdura até hoje em alguns lugares. Se isso é verdade para as Universidades, mais ainda para os Institutos, alguns dos quais, tradicionalíssimos quase fecharam as portas. O segundo tipo de problema particularmente incidente na Universidade refere-se à diluição da atividade de pesquisa pela atenuação ou mesmo eliminação dos benefícios específicos para esta atividade. Fundamentais para esta diluição foram a instituição de uma carreira acadêmica que privilegia a antiguidade mais do que o mérito e, mais recentemente, a tentativa corporativa de estabelecer uma "isonomia pelo teto", independente e ao largo de avaliações de produção científica, o que eliminaria de vez a gratificação da competência.

A terceira ordem de problemas é mais de caráter estrutural e diz respeito à muito provável inadequação da arquitetura das Universidades aos requisitos colocados pela Ciência e Tecnologia contemporâneas. Mais explicitamente considero que a organização da Universidade faz-se segundo um modelo departamental, estabelecido através de um recorte disciplinar anacrônico. Assim, nas Biociências, temos os departamentos de Morfologia, Bioquímica, Biofísica, Parasitologia etc., ou nas Engenharias, os departamentos de Civil, Mecânica, Metalúrgica etc. Creio que este modo de organização nada tem a ver com a atual organização do conhecimento que, nas áreas de ponta atravessará horizontalmente as paredes desses departamentos universitários. Assim, a pesquisa em Robótica passa pelas Engenharias Elétrica, Mecânica, de Sistemas etc., bem como a pesquisa em Biotecnologia engloba o objeto de inúmeros capítulos (departamentos) da Biologia tradicional. Este talvez seja o maior problema e desafio às atuais instituições de pesquisa no país, pois sua resolu

ção implicará uma profunda reorganização de toda a instituição universitária e dos institutos de pesquisa, reorganização esta que deverá confrontar-se com formidáveis interesses, há muito sedimentados.

O debate que se coloca nesse momento é, portanto, qual a estratégia mais adequada para que o país tenha instituições de pesquisa modernas e estáveis, capazes de responder ao desafio da ciência e tecnologia neste final de século.

Várias alternativas têm sido colocadas quanto ao formato institucional. Algumas passam por apostar todas as fichas no fortalecimento dos núcleos de pesquisa de bom nível na Universidade e outras, em radical oposição, apostam na criação de novas instituições extra-universitárias, mais flexíveis e desde o início desenhadas exclusivamente para a pesquisa. Entre essas duas, várias graduações se colocam.

Cerca de 90% da produção científica nacional, medida em termos de publicações em periódicos com referee, são realizados dentro da Universidade. Este fato, por si só, descarta a possibilidade de abandonar ou mesmo desacelerar os investimentos no patrimônio já existente. O que é necessário é diferenciar, ao interior da instituição, núcleos produtivos (em cada grau de produtividade) e não produtivos em termos de pesquisa. Desta diferenciação decorrerão padrões distintos de apoio financeiro das várias fontes disponíveis. Aqueles mais produtivos deverão ter um tipo de apoio de mais longo prazo (4 ou 5 anos), mais denso em termos de recursos, e suas gerências e o acompanhamento e avaliação deverão ser realizados por um comitê que inclua quadros externos à instituição. Aos menos produtivos caberá um tipo de financiamento.

to que possa suportar maiores riscos de insucesso, implicando . prazos e volume de recursos menores. Aos primeiros podera ser aplicado um modelo do tipo "Instituição Associada", incorporando os aspectos positivos da experiência francesa.

Não se trata, portanto, de reeditar a política dos "Centros de Excelência", concentradora e excludente. Trata-se de diferenciar e gratificar a competência tendo-se a abertura necessária para, quando conveniente, realizar operações de alto risco, financiando pesadamente centros emergentes que por sua localização ou área de interesse forem estratégicos para o desenvolvimento do sistema.

As propostas de investir fora da Universidade têm florescido em virtude da dificuldade encontrada por alguns dirigentes reformadores em romper com o conservadorismo de partamental. Para contornar esta dificuldade, estes mesmos dirigentes têm proposto fórmulas conciliatórias, que passam pela criação de novos institutos ou grupos de pesquisa que agrupam pesquisadores ativos de vários de partamentos, ou programas que, sem possuírem expressão física ou administrativa, induzem a ações dirigidas a determinados objetivos. A UNICAMP, a USP e a UFRJ têm apresentado várias propostas nesse sentido, com grandes possibilidades de sucesso. Caso se viabilizem politicamente, deverão ter prioridade, definida pelos próprios dirigentes universitários, quanto à alocação de recursos para o financiamento de suas atividades.

Não obstante estas alternativas intra-universitárias, é preciso refletir sobre as experiências bem sucedidas de criação de novas instituições projetadas exclusivamente para a produção de conhecimento científico e formação de recursos humanos de altíssimo nível, particularmente em

Áreas como o de desenho interdisciplinar complexo. Experiências como Tsukuba no Japão ou Novossibirsk na URSS devem ser avaliadas de detalhe para um eventual aproveitamento no país. Até mesmo a criação de "cidades da ciência" ou complexos tecnológicos que reúnam instituições públicas e divisões de pesquisa e desenvolvimento de empresas devem ser considerados. Já existem, no país, algumas experiências que estão em processo e que devem ser analisadas. O INPE em São José dos Campos e a Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro são duas delas.

Cad. IMS; RJ; v. 2; nº 2; p. 29 - 63; junho/julho 1988.

2

PLANEJAMENTO,
PLANEJAMENTO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA
DE UM OLHAR CEPALINO,
ALGUMAS ANOTAÇÕES PRELIMINARES

GEORGE E. M. KORNIS

PLANEJAMENTO; PLANEJAMENTO SOCIAL E PLANEJAMENTO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM OLHAR CEPALINO; ALGUMAS ANOTAÇÕES PRELIMINARES

GEORGE E. M. KORNIS

RESUMO

Recuperando a contribuição da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina - ONU) ao debate sobre a planificação do desenvolvimento o presente artigo pretendeu examinar: o padrão de racionalidade que presidiu esta experiência histórica no âmbito dos anos 50, 60 e 70 na América Latina; a dimensão sócio-política do planejamento nesta perspectiva histórica; a planificação do desenvolvimento social e seus impactos sobre as políticas sociais latino-americanas no marco de um processo de mudança social; o planejamento da saúde na América Latina delimitando, historicamente, seus problemas e perspectivas. Este amplo escopo do artigo reforça o caráter geral e preliminar do texto que deverá ser gradualmente superado ao longo de artigos subsequentes.

I - CEPAL: A PLANIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

No corpo de teoria do subdesenvolvimento cepalina, em função das características dinâmicas do sistema centro-periferia, a condução deliberada do processo de industrialização constitui o eixo fundamental da política de desenvolvimento.

A industrialização neste contexto é considerada enquanto

uma industrialização deliberada, posto que uma industrialização espontânea no quadro de uma economia periférica é necessariamente desequilibradora implicando desajustes estruturais da produção, tendência ao desemprego, inadequação de tecnologia, deterioração dos termos de intercâmbio, crescente heterogeneidade estrutural etc. O caráter deliberado da industrialização apresenta-se então como um requisito de minimização dos efeitos perturbadores que uma industrialização espontânea traria ao desenvolvimento periférico.

Nesta perspectiva a industrialização é tomada como meio indispensável para a formação de um alto ritmo de aumento da renda e da produtividade, para conter/evitar a deterioração dos termos de intercâmbio e para conservar, assim, os frutos do progresso técnico.⁽¹⁾

Associado ao desenvolvimento do pólo periférico apresenta-se o requisito de uma política deliberada de industrialização que demanda ser elaborada e racionalizada através da planificação. Estabelece-se, assim, uma relação necessária entre política de desenvolvimento e planificação evidenciando-se que "a compatibilização de todas as recomendações e objetivos parciais exige instrumentos e métodos que permitam integrá-los de forma coerente, como parte de uma política única de desenvolvimento a longo prazo".⁽²⁾

A dinâmica do sistema centro-periferia passa então a servir como marco de referência teórica à fixação de critérios de alocação de recursos que absorvidos por uma téc

(1) "A racionalidade da industrialização e de sua condução deliberada são, então, duas recomendações indissolúvelmente ligadas, que constituem os lineamentos mais gerais da política de desenvolvimento proposto pelo CEPAL em seus tempos iniciais" - Rodrigues, Octávio Tenório, *Subdesenvolvimento da CEPAL*, Rio de Janeiro - Forense Universitária, 1981. CAP. 5 - p. 149.

(2) RODRIGUES, Octávio - op. cit. p. 168.

nica de programação promoverá a adequação de meios e fins e a compatibilização destes entre si. (1)

Nestes termos a planificação - requisito necessário de política de desenvolvimento e por extensão do próprio desenvolvimento - se apresenta enquanto um método imprescindível do qual o Estado deve lançar mão para racionalizar a política de desenvolvimento a longo prazo. "A necessidade de contar a ação estatal com uma política de desenvolvimento deliberado e coerente e de implementá-la através da planificação são três idéias - força do pensamento cepalino estreitamente conectadas entre si." (2)

A planificação no quadro da análise cepalina - contrária ao laissez-faire mas não à existência de iniciativa privada - está intimamente associada à intervenção estatal. Entretanto, esta intervenção não é incompatível com a economia de mercado (e, ao contrário, lhe confere eficácia funcional), evidenciando-se, de pronto, que a planificação nesta perspectiva analítica não é um substituto da economia de mercado no processo de alocação de recursos, mas um meio para dar a seu funcionamento uma maior eficiência.

Entretanto, a "função manifesta da planificação como técnica para assignar recursos com o fim de alcançar determinados objetos de crescimento pode ser menos importante para o desenvolvimento que suas funções latentes de proporcionar diagnósticos objetivos das necessidades, capacidades e limitações nacionais; de racionalizar a luta nacional pelas prioridades do desenvolvimento; de acla

(1) Para uma descrição sumária da técnica de programação ver CEPAL, E/CN, 12/363, Santiago, julho de 1975, pp. 53/54 transcrito por RODRIGUEZ, Octávio - op. cit. p. 168 e 169.

(2) RODRIGUEZ, Octávio - op. cit. p. 174.

rar todas as implicações das distintas opções políticas possíveis; e de ajudar a estabelecer imagens da sociedade futura que justifiquem a mobilização nacional para o desenvolvimento." (1) Nesta perspectiva, a planificação, além de expressão da política de desenvolvimento e, no limite, da própria possibilidade de desenvolvimento nacional, caracteriza-se tanto como um processo de autoconhecimento nacional quanto como um método de racionalização dos limites e possibilidades de gestão social. O curioso é que esta ampliação do campo definicional de planificação acaba, paradoxalmente, por diluir a significação do que seja planejamento. Assim, o título do texto de A. Wildavsky - "If planning is everything may be it's nothing" - traz com um leve traço de ironia e amargura uma clara advertência quanto aos riscos da crescente incorporação de dimensões ao campo definicional da planificação. (2) Evidentemente, esta ponderação não deve implicar que a uma redução deste campo corresponda uma maior densidade do significado do planejamento, mas, sim, que a incorporação crescente de dimensões a seu campo definicional contribui para afirmar o caráter de utopia que veio assumindo historicamente a planificação.

II - PLANEJAMENTO E RACIONALIDADE:

A trajetória do planejamento envolveu avaliações que oscilam desde a consideração de que este se constitua no instrumento mais útil para a organização da vida econômica e seu desenvolvimento até a constatação negativa de que sua maneira de funcionar não estabelecia correspon

(1) WOLFE, Marshall - *El desarrollo esquivo* - cap. VI p. 200 - México CEPAL, Fondo de Cultura Económica, 1976.

(2) WILDAVSKY, Aaron - *If planning is everything may be it's nothing*. Policy Sciences, Elsevier, Amsterdam, 1973. Citado por Wolfe, Marshall in "Enfoques del desarrollo: De quién y hacia qué?" - Revista de la CEPAL - Santiago de Chile - Primer Semestre de 1976 p. 162.

dência entre o previsto e o efetivo.

No curso da análise das relações entre realização e planejamento formularam-se severas críticas ao funcionamento do processo de planificação. Estas remeter-se-iam desde a constatação da existência de uma tensão nos propósitos da planificação entre a dimensão de mudança social e a dimensão de intensificação do crescimento até a verificação de um escasso paralelismo entre as decisões dos poderes políticos e as orientações provenientes das equipes de planificação e, ainda, a consideração de imensas dificuldades administrativas interpostas entre as recomendações dos planejadores e a gestão dos burocratas.

Estas críticas permitem que "obsérvese que quedan así enfrentados como protagonistas del proceso planificador, ante al elemento técnico de los planificadores mismos — sean o no órganos centrales — el elemento político que sirve de soporte a las decisiones supremas y el elemento burocrático o administrativo, que no puede olvidarse fácilmente de los conocimientos que acumula y de los procedimientos que habitualmente maneja".⁽¹⁾ Correspondendo a estes protagonistas elabora Echaverría três modelos utópicos de planificação — o tecnocrático, o democrático e o burocrático enquanto "posibles formas que van a plantear en su momento las relaciones que mantienen con distintas formas de racionalidad, frente a la peculiar de la decisión política".⁽²⁾

A configuração do planejamento como utopia — aliás ex

(1) ECHAVERRÍA, José Medina - **La planeacion en las formas de la racionalidad** - Cuadernos del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social - serie II - Anticipos de Investigación nº 13 - p. 3 - Santiago de Chile - 1971. grifo nosso

(2) ECHAVERRÍA, J.M - op. cit. p. 4.

pressa na modelagem idealista de Echaverría — se verifica quando este é posto como única alternativa frente à negatividade do presente afirmando seu caráter salvacionista, dada a sua natureza científica, inovadora e libertadora que supostamente permitiria a transição do domínio do homem pelo homem à pura administração das coisas. (1)

Na elaboração de seus três modelos utópicos de planificação, Echaverría se apóia na tipologia de Pirker que, como toda tipologia, envolve a construção de perfis exageradamente nítidos para que possam verificar-se com plena pureza lógica nos fenômenos reais. (2)

A utopia da planificação burocrática supõe a supressão das relações de dominação de que depende e um tipo de consenso ideologicamente baseado em duas ordens de legitimação a saber:

- 1) uma legitimação de ordem intelectual que envolve o reconhecimento de uma completa capacidade racionalizadora da burocracia.
- 2) uma legitimação de ordem política que envolve o reconhecimento e aceitação integral da ordem hierárquica, do procedimento burocrático e da própria organização burocrática.

O limite desta utopia é um dado dos próprios limites da capacidade racionalizadora da burocracia — racionalização esta restrita ao plano dos procedimentos necessários

(1) A configuração da planificação como utopia está associada à da configuração do Plano enquanto um mito posto que "el plan, en efecto, viene a responder a la permanente y eterna angustia del hombre en enfrentamiento con el mañana... (y la búsqueda de la reducción de la incertidumbre, que constituye el esfuerzo de todo plan, nos reconcilia en cierta medida con el porvenir" - ECHAVERRÍA, J.M. - op. cit. p. 12.

(2) PIRKER, Theo - "Von der Herrschaft Über Menschen zur Verwaltung der Dinge" in Archives Européennes de Sociologie, vol. V (1964) nº 1 - citado por Echaverría, J.M. - op. cit. p. 4

e, por conseguinte, uma racionalidade que se define na atuação de um processo.⁽¹⁾ O traço essencial da racionalidade burocrática consiste no manejo dos procedimentos necessários, o que a caracteriza como uma racionalidade formal — dado seu caráter técnico — e funcional, posto que referida fundamentalmente a progressão adequada de uma série de ações. A racionalidade burocrática embora apresente uma tensão com a planificação — cuja racionalidade é de fins e não de processos/meios —, é, em si, um apoio necessário à planificação no tocante ao fornecimento de informações, ajustes nos procedimentos administrativos e formulação de conselhos e críticas.

A utopia burocrática inscreve-se no espaço contraditório que, de um lado, reconhece a existência de um saber específico mas que, de outro, aponta para o caráter limitado deste saber, que não atende aos problemas incessantemente novos postos pela aceleração da vida contemporânea. Este espaço contraditório no qual se inscreve a burocracia por um lado aponta para imprescindibilidade das informações que esta fornece à tomada de decisões; por outro, aponta para o fato de que todo o saber acumulado por uma burocracia não produz, por si mesmo, um único ato decisório. Assim, é este espaço contraditório no qual se inscreve a burocracia que configura como utópica sua pretensão de constituir-se como suporte principal — e até mesmo exclusivo — da planificação.

A utopia de planificação tecnocrática repousa na existência de um mundo operacional de fluente reprodução tecnológica que supõe possível estabelecer uma separação entre o conselho/proposta científica e a decisão política

(1) "En efecto, no en balde el símbolo popular de la burocracia en el expediente, pues en realidad, más que su símbolo, es su verdadera substancia." ECHAVERRIA, J.M. op.cit. p.18.

definitiva. Esta utopia está referida à existência de saber tecnocrático que se apresenta como: a) absoluto posto que apoiado em procedimentos de investigação e cálculo rigorosamente seguros ou, supostamente, mais seguros e indiscutíveis que os demais; b) impessoal na medida em que, através do uso intensivo da cibernética, o processo de racionalização -- de informação e cálculo -- é transferido do homem para a máquina; c) racional, uma vez que acredita que sob o domínio da tecnocracia desapareceria a distinção entre a análise científica e a decisão política — indesejável foco de irracionalidade no sistema; d) de longo prazo, posto que opera com uma temporalidade que desconsidera -- ou que, ao menos, minimiza a consideração — as tensões conjunturais e supõe "un pleno consenso social respecto de una planeación a largo plazo";⁽¹⁾ e) polarizador pois localiza nos profissionais especialistas um pólo socialmente ativo e nos demais membros da sociedade um pólo passivo;⁽²⁾ f) dependente da mais completa estabilidade social e política, o que implica considerar a existência de uma condição de estabilidade sócio-política como independente da institucionalidade concreta.

A utopia da planificação tecnocrática supõe a existência de um saber superior que, apropriado exclusivamente pelo planificador, avoca a si a capacidade de formular metas e fins bem como a capacidade de resolução. Assim, como observa Echaverría, trata-se de uma racionalidade de fins — e não de meros procedimentos — e que se pretende substantiva na medida em que está referida aos resultados de uma ação. Esta utopia pressupõe que a domina

(1) ECHAVERRÍA, J.M. -- op. cit. -- p. 25.

(2) Idem ibidem.

ção legal/racional esteja associada uma autoridade funcional "cuya legitimidad está basada en la convicción o reconocimiento de la existencia de un saber superior, manifestado de hecho en el conocimiento objetivo de un determinado orden de cosas y no tanto como ilustración o enseñanza, sino como resolución eficaz de una misión o tarea".⁽¹⁾ A questão relevante, em nossa perspectiva, é traçar, no interior desta utopia, os limites desta suposta autoridade. Nestes termos é que importa considerar a relação funcional entre tecnocratas e burocracia, que se apresenta como uma relação na qual os primeiros reclamam uma autonomia frente à ordem hierárquica que caracteriza qualquer burocracia. Respondendo a esta demanda dos tecnocratas é que aflora a instituição da direção colegiada "dado que los entendidos, en su calidad de científicos, no pueden quedar sometidos al orden jerárquico característico de toda burocracia pois es preciso reunirlos en un organismo aparte, al que se encomiende la discusión y decisión, con arreglo a los principios de los colegios profesionales, de los asuntos y materias que asimismo escapen al puro tratamiento burocrático".⁽²⁾ Já Max Weber apontava para as tensões e limites na instituição da direção colegiada, mas não é ocioso retomar a idéia de que esta instituição de direção colegiada responde, no interior da utopia da planificação tecnocrática, pela possibilidade de, ao restringir a autoridade dos tecnocratas, estabelecer uma dimensão de funcionalidade na relação entre estes e a burocracia. Assim, é através da instituição colegiada — a despeito de suas tensões e

(1) ECHAVERRIA, J.M. op. cit. p. 27.

(2) ECHAVERRIA, J.M. op. cit. p. 28.

Utopias — que a utopia da planificação tecnocrática enfrenta seu primeiro embate com o real e se afirma como a melhor possível.

A utopia da planificação democrática — que corresponde ao terceiro e último utópico da planificação em que se apoia Echeverría — apresenta desde pronto uma clara diferenciação frente às utopias burocráticas e tecnocrática de planificação. Sua explicitação não se refere como nas demais utopias da planificação, à pretensão excludente de certos grupos de constituírem-se em suportes últimos da planificação. A utopia da planificação democrática associa-se, de imediato, à idéia de participação e controle popular na elaboração e execução do processo de planificação. Nesta perspectiva, a planificação é apreendida enquanto um processo social em si mesmo. Na medida em que, na utopia da planificação democrática, a maior participação e controle popular no processo de planificação corresponde uma ampliação do caráter democrático das atividades envolvidas neste processo, não deve causar estranheza o fato de que, nesta utopia, a ampliação do caráter democrático das atividades de planificação signifique geralmente uma ampliação do número de órgãos e centros instrumentais interpostos entre Estado e povo. (1) Assim, decorrendo desta ampliação no número de órgãos interpostos se daria a constituição de um intenso espaço de negociação — requisito fundamental do planejamento democrático — suportado por um sólido sistema de representação política. Nestes termos, planejamento de mocrático e sistema representativo se superpõem, pois o

(1) "La planeación, que es evidente para el pueblo, no es ejercida por el pueblo mismo, sino a través de una serie mayor o menor de órganos interpuestos. Por eso cuando en uno o otro de los sistemas de mocráticos actualmente existentes se habla de intensificar el carácter democrático de sus actividades de planeación, solo se trata en realidad de ampliar en la mayor medida posible el número de esos órganos o centros instrumentales". ECHAVERRIA, J.M. op.cit p. 33.

sistema partidário tanto constitui o campo onde se en frentam as opções fundamentais a serem tomadas pela ação planificadora quanto contribui para o desenvolvimento da cultura política imprescindível às ações de longo prazo no processo de planificação. A aproximação entre planificação democrática e sistema representativo ao conferir um locus — o espaço de negociação ampliado constituído pelos diversos órgãos interpostos entre Estado e povo — à planificação democrática subtrai-lhe capacidade de afirmar-se enquanto utopia.⁽¹⁾ Entretanto, a planificação democrática ao pretender apresentar-se como o único e verdadeiro suporte do planejamento afirma seu caráter de utopia. E mais: além de assumir seu próprio caráter de utopia, aproxima-se das outras utopias de planificação — a burocrática e a tecnocrática —, uma vez que todas estas utopias encontram na exclusão do plural suas bases de afirmação.

Tendo nos alongado na recuperação e exame das reflexões de J.M. Echaverría acerca do caráter utópico da planificação, vejamos agora como a planificação, na perspectiva deste autor, assume um caráter mítico.

O plano, na medida em que se apresenta como um instrumento de redução da incerteza na construção do futuro aproxima-se da idéia, conforme observara Karl Mannheim, de que o planejamento pudesse encetar um processo de transformação social. Afirma-se, assim, o caráter mítico do planejamento: não só lhe seria possível a construção do futuro — afastada, portanto, toda incerteza — como lhe seria plenamente possível promover a identificação entre

(1) UTOPIA [Do grego ou, 'não' + top(o) + ia: de nenhum lugar] in Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda - Novo dicionário da língua portuguesa - Ed. Nova Fronteira - 1ª edição - p: 1.446.

este instrumento no processo de transformação social.

Na tradição de Echaverría — requisito à construção do futuro — encontra-se a "primera forma de la ratio (que) consiste en un estado de disposición y capacidad para conducir frente a los hechos y las situaciones de hecho atendiendo a sus propiedades características objetivas." (1) Assim, o plano — que se concebera misticamente — considera a objetividade enquanto elemento eliminador da mística da construção, enquanto instrumento de construção social do futuro.

O caráter místico da planificação afirma-se também na su posição de que, na construção do futuro, existe uma inequívoca conduta — tecnicamente qualificada — que relaciona meios a fins segundo circunstâncias e condicionantes objetivamente identificadas. Expressa ainda a dimensão mística da planificação uma "terceira forma de la ratio ... (que) se ofrece en el esfuerzo por traducir en conceptos — es decir, por hacer racionales — 'significaciones' previamente captadas en forma 'prelógica' gracias a determinados sentimientos y vivencias."(2) Apôia-se, assim, o caráter místico da planificação em padrões de racionalidade marcados pela objetividade, pela inequívocidade e pela capacidade de "conceituação" unívoca de experiências. Os limites da mística da planificação são, no entanto, precisamente apontados por Echaverría quando afirma que "las bases de la planificación son estrictamente de carácter científico pero nadie puede olvidar el hecho, en apariencia paradójico, de que su comienzo y su término no sean reducibles sin más a un puro científicois

(1) ECHAVERRÍA, O. C. op. cit., p. 48

(2) Idem *Ibidem*

mo". (1) A natureza científica das atividades de planificação apóia-se no fato de que a ciência tanto mostra — com igual vigor — o que se pode ou não fazer quanto revela que não se pode pretender, simultaneamente, obter coisas incompatíveis entre si. A análise científica, ao limitar-se a apontar os melhores meios de se lograr fins previamente fixados, revela a importância da decisão que elege os fins. A eleição dos fins remete-se fundamentalmente à racionalidade política que é material tanto na sua dimensão funcional (referida ao desenvolvimento da ação) quanto na sua dimensão substancial (referida ao resultado da ação), e não à racionalidade técnica de natureza formal. (2)

O planejamento como mito apóia-se em padrões de racionalidade política e técnica na construção de uma **imagem do futuro**. Esta imagem do futuro nas utopias da planificação pode estar associada: i) à idéia de uma administração racional — expressão de uma modernidade política e econômica — como no caso da utopia da planificação burocrática; ii) à idéia de uma racionalidade crescentemente complexa — expressão da necessidade e da possibili-

(1) ECHAVERRÍA, J. M. op.cit. p. 49.

(2) Reproduzimos abaixo o quadro elaborado por H. Peter Dreitzel em seu estudo acerca das características racionais da ação política e citado por Echaverria, J.M. - op. cit. p. 67.

TIPOS DE AÇÃO RACIONAL

	FORMAL RACIONALIDAD TÉCNICA (EXPEDIENT)	MATERIAL RACIONALIDAD POLITICA (SANCTIONED)
FUNCCIONAL REFERIDA AL DESARROLLO DE LA ACCIÓN	I) Racionalidad de procedimiento a) Burocracia b) Aplicación de normas c) Competencia legal	III) Racionalidad del proceso de decisión a) Organización b) Negociación c) Influencia
SUSTANCIAL REFERIDA AL RESULTADO DE LA ACCIÓN	II) Racionalidad de fines a) Economía b) Cálculo c) Competencia Objetiva	IV) Racionalidad de la decisión a) Política b) Realización de fines (policy) c) capacidad creadora

dade, o controle viabilizado pela planificação — como no caso da utopia da planificação tecnocrática;iii) a idéia de uma participação e controle popular — mediados por um sistema representativo — expressão de um amplo espaço de negociação na relação Estado/povo — incorporado à planificação — como no caso da utopia da planificação democrática. No entanto, é fundamental observar que a planificação enquanto possibilidade de construção do futuro supõe tanto a mítica possibilidade de afastar a incerteza pela objetividade absoluta, inequivocidade de conduta e unicidade na conceituação das experiências quanto a utópica possibilidade de superar a negatividade do presente pelo recurso à administração racional, ao saber técnico-científico e à participação/controle popular. Evidentemente, isto significa considerar que a idéia de planejamento não é — pelo menos facilmente — dissociável da potencialização de seu poder derivada de sua apreensão mítica como também que esta idéia não tem o grau prescindir das fantasias de exclusão — afinal, como já dissera Sartre: "o inferno são os outros" — que sustentam toda a sua apreensão utópica. Assim, se foi no campo do mito e da utopia que a idéia de planejamento historicamente se desdobrou, cabe agora, neste final de século, ponderar quais serão as possíveis novas formas míticas e utópicas que devolverão à idéia de planejamento o vigor que ela apresentou já desde o início do século XY.

III — PLANEJAMENTO: A DIMENSÃO SÓCIO-POLÍTICA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

A idéia de planejamento descreveu historicamente na América Latina uma trajetória que vai da intensa ideologização política à estrita instrumentalização técnico-operacional de seus conteúdos. Esta trajetória envolveu uma

ampla difusão do conceito de planejamento que "passou da área econômica para todo o amplo campo social e, às vezes, pretende-se aplicá-lo, quase, a qualquer atividade humana imaginável".⁽¹⁾

No entanto, correspondeu historicamente a essa generalização da idéia e do conceito de planejamento um processo de esvaziamento que acabou por retirar nitidez de seu conteúdo básico, de seus atributos específicos e de seus objetivos maiores no contexto latino-americano.

Data das décadas de 30 e 40 a ocorrência das primeiras experiências de planificação da América Latina. Estas remeteram-se à formulação de alguns planos, mas, sobretudo, à formulação de "proyectos sectoriales, especialmente vinculados a la inversión pública, con la finalidad de desarrollar la infraestructura económica".⁽²⁾

Na década de 50, em particular nos seus últimos anos, orientaram-se as experiências de planejamento para a racionalização e coordenação da política de desenvolvimento. Assim, no final dos anos 50 desenvolveu-se na América Latina a criação de um sistema (formal ou informal), de um processo e de instrumentos de planejamento. Este desenvolvimento foi função não só do esgotamento do processo de substituição de importações que se sucedeu à crise de 1929 mas, sobretudo, da necessidade de se formular modelos alternativos de desenvolvimento e diagnósticos que viabilizassem a superação da crise que então se instaurava. Portanto, cabia ao planejamento induzir a

(1) Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social - **DEBATES SOBRE PLANEJAMENTO**. Rio de Janeiro, Forum Editora, 1974, p. 1.

(2) "La planificación en América Latina", Boletín Económico de América Latina, vol XII, nº 2, octubre de 1967, p. 109 citado por SOUZA, L.A. - **Los condicionantes socio-políticos de la planificación: primeros resultados de una investigación**, Santiago, CEPAL/UNRISD, julio de 1972, p. 1.

partir da ação do Estado a retomada do desenvolvimento e promover reformas sociais que redefiniram de forma global os termos deste desenvolvimento.

Embora a base analítica do planejamento fosse bastante limitada à análise econômica nesse momento, não se pode desconsiderar que a crise que se instaura na América Latina no final dos anos 50, através dos seus vetores políticos e sociais, aportou a esta base analítica uma maior sensibilidade no exame da dimensão social do desenvolvimento. Esta ampliação da base analítica do planejamento somada à agudização dos conflitos ideológicos fez com que nos anos 60 o planejamento se configurasse na América Latina como um processo de mudança social. Assim, "es desde dentro de ese modelo político-económico reformista que se desarrolló en América Latina el proceso de planificación en la década de los años 60".(1)

Constitui um marco importante no desenvolvimento do planejamento nos anos 60 latino-americanos a formulação, em 1961, da **CARTA DE PUNTA DEL ESTE**. Esta fixava como meta da planificação, simultaneamente, dinamizar o processo produtivo e atender às crescentes demandas sociais, através de um amplo programa setorial de reformas sociais. Evidentemente "para responder a esas dos exigencias se hacía necesario superar la etapa de proyectos aislados y caminar hacia un enfrentamiento más global ante de los problemas".(2) Em resposta às proposições da **CARTA DE PUNTA DEL ESTE**, o planejamento latino-americano dos anos 60 supera a etapa de desenvolvimento de projetos isolados, procurando integrá-los sob a forma de um plano global.

(1) SCUDIA, J. - *idem*, p. 11.

(2) *idem*, *Idem*.

A esta ampliação das atividades de planificação corres
ponderam críticas que vão desde a identificação entre ex
periências de planificação e uma opção política por paí
ses de economia centralmente planificada até o questionamen
to da existência implícita de um padrão de racionali
dade supra-histórico, dada a indiferença das técnicas de
planificação às distintas situações concretas. Origi
nou-se da primeira destas críticas a formulação do con
ceito de planejamento democrático que "toma en conta el
papel dinámico y fundamental de la iniciativa privada,
paralelo a la acción del Estado, y las limitaciones que
en la democracia tiene, por fortuna, el dominio del po
der público sobre la economía."⁽¹⁾

No planejamento latino-americano dos anos 60, a superpo
sição de objetivos econômicos a objetivos sociais redun
dou numa dominância do econômico na etapa de implementa
ção. Assim, "desarrollo y desarrollo económico aparecen
entonces muchas veces como sinónimos, en reacción a lo
que especialistas sociales planten la idea de desarrollo
social, pero también a veces separándolo del otro elemento."⁽²⁾ A busca da integração entre o econômico e o so
cial se processou através tanto do desenvolvimento de
instrumentos operacionais e de novas técnicas de planifi
cação quanto da criação de órgãos públicos especializados
na formulação e implementação de planos.

A dimensão social foi, sem dúvida, o ponto nevrálgico do
planejamento latino-americano dos anos 60, pois foi no
bojo da crítica ao processo de mudança social a ser gera
do a partir de reformas sociais que se vai incorporar o

(1) idem, pp. 3 e 4. Este texto seria um trecho da introdução a um dos
primeiros planos latino-americanos de desenvolvimento, ou seja,
aquele formulado pela Venezuela.

(2) idem p. 4.

problemático reconhecimento do caráter político da planificação - marca indelével do planejamento latino-americano nos anos 70. A análise da inserção sócio-política do planejamento conduziu nos anos 70, a um amplo questionamento que instaura uma crise da planificação que se vem estendendo na A.L. até hoje. A presença desta crise tem orientado a reflexão para análise dos múltiplos condicionantes do planejamento enquanto um instrumento hábil de promoção de desenvolvimento numa perspectiva unificada.

Da gênese do planejamento na A.L. à crise que se instaurou nos anos 70, verificou-se não só uma longa trajetória, mas também uma complexificação acentuada das questões relativas aos limites e possibilidades no contexto latino-americano.

À gênese do planejamento na A.L. vinculou-se a necessidade de acelerar o desenvolvimento e de aprimorar a distribuição de seus benefícios. O objetivo era tornar o planejamento um eficaz instrumento de orientação do processo de reformas estruturais e institucionais necessárias ao desenvolvimento. Evidentemente, dado que o Estado assumira na A.L. a função de conduzir o processo de desenvolvimento, caberia ao planejamento atuar como meio de racionalização e coordenação formal da política de desenvolvimento, bem como fornecer suporte à ação multissetorial do Estado. Considerando que o planejamento era, simultaneamente, necessidade e instrumento da superação dos problemas do subdesenvolvimento, sua promoção e implementação na A.L. "foram produto do esforço de grupos de trabalho compostos de funcionários e técnicos nacionais bem como de instituições técnicas internacionais" (1)

(1) UNCTAD - op.cit. p. 7.

Existiam, portanto, não só uma clara definição dos objetivos que deveriam ser logrados pelo processo de planejamento mas, também, um suporte político e técnico à sua difusão e consolidação.

Após a chamada década do planejamento - os anos 60 latino-americano - o quadro era absolutamente diverso: a associação entre planejamento e retomada do desenvolvimento latinoamericano através da instauração de um processo de industrialização trouxe um descrédito à idéia de planejamento, na medida em que a industrialização na A.L. revelou-se não uma panacéia (que superaria todas as mazelas que, historicamente, aqui se constituiriam) mas, sim, um novo quadro de referência aos problemas do desenvolvimento periférico; avolumaram-se as críticas ao modelo de reformas sociais e institucionais - que tão fundamentalmente marcaram a década anterior -, quer pela via da insuficiência de seu aprofundamento, quer pela via do caráter desagregador e instabilizador de um modelo reformista, que não logrou, historicamente, constituir um suporte sócio-político à ampliação e consolidação das mudanças sociais propostas; a afirmação do caráter político do planejamento trouxe, em paralelo a necessidade de se delimitar e integrar as dimensões política e administrativa da planificação⁽¹⁾. Mas, trouxe, por outro lado, uma intensa associação entre planejamento e gestão ou seja, entre a formulação da estratégia e sua consecução tática; a ideologia da planificação que se propusera construir uma imagem social futura relativamente à margem do enfrentamento das tensões sociais e políticas fora compelida a ir mais além de um discurso modernizante e de uma

(1) "La planificación por sus mismas características participa a la vez del carácter de los actos administrativos (cuando distribuye recursos y escoge instrumentos) y también de los actos políticos (cuando propone metas y objetivos)" - SOUZA, L.A. - op.cit p. 11.

ação circunscrita ao Estado, lançando-se a um embate ideológico mais extenso e decisivo. Passaram a existir, portanto, não só a necessidade de redefinir objetivos e funções da planificação na A.L. como também a imperiosidade de se construir uma base sócio-política que incorpore partidos políticos, organizações sindicais, entidades classistas e demais organizações da sociedade civil, que sustente um processo de transformação operado a partir de ações planificadoras.

Assim sendo, a superação da crise do planejamento que se instaura na A.L. a partir dos anos 70 envolve, por um lado, renovar o compromisso da planificação com a mudança social - retirando-a dos estreitos limites do Poder Executivo e dos órgãos estatais de planificação - e, por outro lado, revisar sua experiência histórica. Esta revisão permitiria incorporar seus avanços mais significativos - a consciência dos limites e possibilidade da industrialização, a percepção da necessidade de se aprofundar reformas sociais e institucionais, a identificação da necessária base sócio-política, a constatação do desgaste da ideologia da planificação tal como formulado originalmente etc - bem como descartar seus equívocos e caduquices. Nestes termos caberia descartar desde o discurso industrial-modernizador - no qual a industrialização superaria o arcaico e as perversidades sociais a ele atribuídas - até as instrumentalizações do planejamento que o associam ora com um estrito método racional de gestão, ora com um estrito método racional de organização política.

IV - PLANIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL: PO LÍTICAS SOCIAIS E MUDANÇA SOCIAL

A incorporação da dimensão social na experiência latino-americana de planejamento derivou basicamente (mas não exclusivamente) da ampliação da ação social pública na formulação de políticas e na geração de instrumentos voltados para promover o ajuste dos processos de mudança social e de promoção do bem-estar. A identificação na A.L. entre a dimensão social do desenvolvimento e a promoção do bem-estar social data do final dos anos 40. Neste momento, se ali a geração do bem-estar à ampliação da produtividade e, conseqüentemente, se condiciona o desenvolvimento social ao crescimento econômico. Assim, "la concepción del desarrollo social como soma de las actividades en setores distintos financiados y regulados parcialmente por el sector público sigue siendo muy corriente, con distintas variaciones derivadas del punto de vista, ya económico, ya vinculado al bienestar humano." (1) Emerge então, deste enfoque setorial, um conjunto de técnicas de planificação do desenvolvimento social que apreendem a dimensão social do desenvolvimento enquanto um fator instrumental do processo de desenvolvimento. (2)

No final dos anos 50 e ao longo dos anos 60, a experiência latino-americana de planificação conhece não só os limites e precariedades das técnicas de planificação e dos instrumentos de política disponíveis como também a necessidade de se buscar a consecução de um desenvolvimento equilibrado que se situava-se muito além de ummero

(1) CEPAL/ONU - El cambio social y la política de desarrollo social en América Latina - Nueva York - 1969 - p.154.

(2) SOUZA, L.A. G. - Crise do planejamento e emergências de experiências sociais inovadoras (diagnóstico, projetos e perspectivas) - IEI/UFRJ - Texto para discussão nº 101 julho de 1986 - pp.7,8 e 9.

crescimento econômico. Neste quadro, se impunha a necessidade de ampliar o alcance da planificação, através da superação do centramento da questão no eixo inversão/produktividade e do resgate do elemento humano e institucional a um plano de importância primordial. Historicamente verificou-se, neste momento, uma ampliação da intervenção do Estado, que conduziu não só a um deslocamento da fronteira entre o econômico e o social, através da incorporação da instância política, mas, também, a uma maior sensibilidade às pressões e demandas sociais. Assim, a experiência latino-americana de planificação conhece tanto a mobilidade das fronteiras setoriais quanto a inabundabilidade da dimensão social do desenvolvimento por critérios estritamente econômicos. Ademais esta experiência se dá conta da extrema não uniformidade das demandas sociais, bem como da expressividade destas no tocante à natureza dos processos de mudança social a serem desdobrados.

Nos anos 70 a experiência latino-americana de planificação conhece o enfrentamento da questão da distribuição do produto e do poder. Neste momento, verificou-se que a despeito do crescimento do produto processado nos anos anteriores, a A.L. não poderia ignorar nem o agravamento da perversidade social de seu perfil distributivo nem as tensões sociais - com evidentes efeitos perturbadores no processo de desenvolvimento - daí derivadas. Constata-se, então, a agudização da heterogeneidade estrutural - interna e externa - da A.L., e se amplia a sensibilidade aos condicionamentos políticos num processo de planificação. Este processo, em si desejável, passaria a pautar suas possibilidades pela incorporação de parâmetros extratécnicos, ou seja, pela incorporação de parâmetros políticos que considerassem também a participação popular no processo de planificação. Assim, "al lado del

técnico que planifica, se va haciendo visible la presen
cia del político, que decide e impone los parametros den
tro de los cuales se hace la planificación 'possible y
lesceable'... se comienza a hablar de la necessidade de
la participación de la población en el processo mismo
de planeamiento en particular y de la toma de decisiones
en general". (1) No entanto, "es importante notar como
en los años 70, frente al poco éxito de los planes de
mediano y de largo plazo, algunos técnicos, en lugar de
hacer una revisión crítica de los problemas sociales y
políticos que los obstaculizan, querían solamente revi
sar instrumentos de trabajo o limitar la planificación a
planes operativos de corto plazo, planes anuales, en nom
bre de un realismo pragmático". (2) Procurava-se desta
maneira contornar - através de uma "opção" pelo manejo
conjuntural - a complexidade envolvida no trato do plano
histórico-estrutural, mas se instaurava uma polariza
ção na perspectiva do planejamento latino-americano: o
longo prazo estratégico e o curto prazo pragmático-opera
cional.

Nos anos 70, a experiência latino-americana de planifica
ção conhece um deslocamento do eixo analítico no sentido
da incorporação dos diferentes estilos de desenvolvimen
to e do chamado enfoque unificado do desenvolvimento re
comendado pela ONU. Este deslocamento analítico procura
va considerar dimensões de que uma simples racionalidade
tecnocrática não daria conta como, por exemplo, a gera
ção a partir de um processo de modernização concentrado
ra de significativa massa de pobreza crítica, a interna
cionalização da economia mundial e a presença maciça das
empresas multinacionais com evidentes repercussões em
termos da desnacionalização das economias latino-america
nas. Cabe observar que, neste momento, a reflexão esta

(1) SOUZA, L.A.G. op.cit. p. 40.

(2) idem ibidem - p.41.

bem requisitos de uma política de desenvolvimento social: a existência de um aparato administrativo que, além de eficaz e ágil, fosse capaz de harmonizar as diversas administrações setoriais; a existência de um sólido e confiável sistema de informações estatísticas; a existência de uma integração operacional entre Estado nacional, governo local, organizações comunais e grupos de interesse; a existência de uma ordem de prioridades estabelecida pelo Estado a ser coordenada através da planificação; a existência de recursos e de mecanismos de controle sobre os mesmos.

A incorporação da dimensão social na experiência latino-americana de planejamento tem-se dado em bases formalistas, setorializadas, assistencialistas, limitadamente distributivistas e subordinada à dimensão da produção material, ou seja, à órbita do econômico. Assim, não deve surpreender que a planificação intersetorial do desenvolvimento latino-americana tenha revelado que "en los planes los capítulos referentes a lo social siguen estando yuxtapuestos mas bien que integrados, ya sea unos a otros o con los objetivos sociales generales declarados en la introducción a los planes".⁽¹⁾ No entanto, cabe observar que, enquanto função manifesta, a planificação configura-se como uma técnica de assignação de recursos com o fim de alcançar objetivos determinados, mas que, enquanto função latente, a planificação configura-se como processo gerador de um autoconhecimento social. Assim, a despeito das precariedades apontadas à planificação no plano da função manifesta, não se pode desconsiderar que a função latente da planificação é fundamento de qualquer projeto de indução e racionalização do processo

(1) WOLFE, Marshall - El desarrollo esquivo - CEPAL/FCE - México 1976 p. 204.

de mudança social. Nesta perspectiva, a função manifesta da planificação como técnica para alocar recursos com o fim de alcançar determinados objetivos de crescimento pode ser menos importante para o desenvolvimento que suas funções latentes de proporcionar diagnósticos objetivos das necessidades, capacidades e limitações nacionais; de racionalizar a luta nacional pelas prioridades do desenvolvimento; de aclarar todas as implicações das distintas opções políticas possíveis; e de ajudar a estabelecer imagens da sociedade futura que justifiquem a mobilização nacional para o desenvolvimento.

Nestes termos, se considerarmos as precariedades já apontadas no processo de planificação do desenvolvimento social, se ainda considerarmos a instabilidade orçamentária que tem caracterizado na A.L. o apoio estatal ao desenvolvimento de programas sociais, mesmo assim, dado que "la planificación al ayudar a la sociedad a conocerse a sí misma, además de ayudar a la administración a lograr un concepto mas claro de lo que puede hacer y de las resistencias que deberá estar dispuesta a vencer o con las cuales deberá transigir",⁽¹⁾ não poderemos deixar de localizar na planificação do desenvolvimento social um instrumento hábil, ainda que problemático, de promoção de processos de mudança social.

V - PLANEJAMENTO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: HISTÓRICO, PROBLEMAS E PERSPECTIVAS

A Carta de Punta del Este, firmada por diversos governos latino-americanos em 1961, constitui-se num marco histórico da incorporação dos setores sociais - e, particularmente, o setor saúde - ao processo de planificação do

(1) ROLLA, Marshall. *op. cit.*, p. 191.

desenvolvimento. Neste momento, constatava-se a existência de relações recíprocas entre saúde e desenvolvimento econômico e dos demais setores sociais. Assim, os programas de saúde foram considerados essenciais e complementares aos planos de desenvolvimento econômico.

Nos anos 60, se prepararam os primeiros planos nacionais de saúde e se constituem, no interior das instituições responsáveis pela formulação e implementação das ações no campo da saúde, unidades de planificação e avaliação coordenadas com o sistema global de planificação do país.

Além deste esforço nacional, a planificação da saúde na A.L. pode contar com o assessoramento, treinamento e suporte metodológico fornecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS).

A planificação em saúde na A.L. defrontou-se, nos anos 60, com um quadro sócio-político degradado pela acelerada concentração demográfica urbana, pela marginalização, face ao desenvolvimento, de crescentes segmentos da população, pela instabilidade política, pela fragilidade institucional e, sobretudo, pela grave insuficiência qualitativa e quantitativa dos serviços públicos. A existência de elevados níveis de mortalidade e morbidade - com destaque para doenças transmissíveis - somava-se a um quadro de desnutrição e de precariedade sanitário-ambiental. A escassez de recursos - financeiros, técnicos e humanos - se agregava a uma crescente demanda e a uma elevação contínua nos custos da atenção à saúde. Frente a esta situação, "la administración sectorial, incoordinada y técnicamente deficiente, utilizaba los recursos disponibles según criterios no siempre racionales en relación a las necesidades de las poblaciones, con muy baja productividad y disminuido grado de utilización".⁽¹⁾ A

(1) SOUZA, L.A.G - Antecedentes de la situación actual de los procesos de planificación de la salud en América Latina mimeo - s/d - p. 5.

desorganização do sistema de saúde, especialmente do segmento voltado para a prestação de serviços de assistência médica, sob o signo de disputa acirrada por recursos escassos, na perda de funções e áreas de atuação dos órgãos, na falta de instrumentos de programação e na ausência de alternativas técnicas eficazes face à contínua elevação dos custos. O sistema de atenção à saúde operava com baixa produtividade, expressa significativamente na má alocação urbana dos recursos humanos - médicos e não médicos - e na precária resolutivez da rede hospitalar. Esta baixa produtividade se cronificava com uma precária assignação de recursos para investimento que falava carecer de instrumentos de análise para la evaluación conjunta de las alternativas de inversión existentes. Y, incluso, de elementos y instrumentos para definir y realizar las alternativas mismas, las decisiones de invertir se hacian en general únicamente en función de criterios subjetivos, de demandas políticas o de apreciaciones personales de las necesidades". (1)

A partir dos anos 70, o avanço no processo de planificação em saúde na A.L. centrou-se tanto na complementariedade e na integração das ações de saúde quanto na vinculação da questão de saúde à questão ecológica. Avançou-se também quando se considerou a planificação em saúde como um processo que requeria, além da formulação de planos, a criação de instrumentos de implementação, de acompanhamento e avaliação. Nestes termos, se assumia que a planificação em saúde pressupunha, além de continuidade, unidade e permanência, uma sistematização de in-

(1) SOUZA, J. (1977). *op. cit.*, p. 8, grifo nosso.

formações e análises. Esta sistematização deveria promover um deslocamento da reflexão do plano das generalizações para o plano do concreto, ou seja, promover um maior envolvimento da reflexão com questões relativas à administração, à programação orçamentária, à programação de serviços e ao desenvolvimento de recursos humanos.

No entanto, a despeito destes avanços, a planificação em saúde na A.L. teve seus diagnósticos, análises e proposições limitados ao segmento público do setor saúde, justamente num momento de significativa ampliação do segmento privado do setor. Esta restrição possivelmente contribuiu para ampliar a percepção de que os problemas do setor saúde - resultante multissetorial de um contexto social - demandavam, muitas vezes, soluções que transcendiam seus próprios limites.

Cabe destacar que, mesmo limitada, a experiência latino-americana de planificação em saúde teve o mérito de detectar as imperfeições e/ou inconsistências das formas tradicionais de manejo dos serviços de saúde. Assim, foi incorporada a esta experiência a identificação de imperfeições organizacionais, de descoordenações na atomizada estrutura administrativo institucional, de insuficiências nos sistemas de gestão, supervisão e controle, bem como de inadequações e lacunas nos sistemas de informação. Observe-se que o foco das atenções dos planejadores latino-americanos em saúde se punha sobre a necessidade de reformulação global da organização administrativa do setor.

Os anos 70 trouxeram também uma crescente percepção dos limites técnicos e teóricos da planificação global e setorial. Estes limites estiveram bastante presentes no plano da integração funcional das diversas atividades

de saúde e, sobretudo, no plano da articulação intersectorial, pois "la planificación de la salud como componente del desarrollo igual a lo que ocurre en los sectores sociales, ha permanecido más como una afirmación teórica y manifestación de un propósito que como realización práctica pesar de los mecanismos de coordinación establecidos." (1) Assim, a articulação da planificação com a órbita da administração e com a órbita da política não se processa satisfatoriamente, o que acaba por gerar tanto insuficiência e confusão no plano da relação funcional entre as instâncias de planeamento e de gestão quanto tensão e conflito na relação entre a racionalidade planificadora e o sistema político. Isto significa considerar uma série de críticas ao método CENDES/OPS quanto à condução da experiência latino-americana de planeamento em saúde. A primeira destas críticas prende-se ao facto de que o método não aportou procedimentos satisfatórios para la articulación intersectorial y para una visión mas integradora del sistema de salud". (2) A esta crítica se agregam uma insuficiência operacional e uma incapacidade de "funcionalizar en profundidad la visión prospectiva del programa". (3) Poder-se-ia também mencionar as imperfeições quanto ao dimensionamento das necessidades e demandas, mas o que queremos destacar é o facto de que o método CENDES/OPS "no ha provisto formas de planificar la creación de servicios de atención (a la salud) donde no existían previamente servicios permanentes". (4) Assim, não logra o método constituir uma visão global do setor saúde, nem a elaborar análises macrossetoriais e nem muito menos a formular medidas globais de organização, financiamento, investimento e administração.

(1) FORZA, L. A. G. op.cit. p.15.

(2) Idem ibidem - p. 16.

(3) Idem ibidem

(4) Idem ibidem

No entanto, a existência destes problemas acabou por conduzir à busca de novos métodos e procedimentos a despeito de que "en pocas y limitadas ocasiones se manifestó la tendencia de volver a la planificación por programas, procurando-se a veces, compatibilizala con los procedimientos del método OPS/CENDES, en virtud de las dificultades para operar con grupos de enfermedades".⁽¹⁾ A ênfase destes novos métodos e procedimentos vai-se situar no plano da programação sobretudo de recursos, serviços e investimentos e no plano dos planos operativos de curto prazo. Esta ênfase no plano da programação é que vai dar lugar, já em fins dos anos 60, à formulação de um modelo matemático para uma planificação global da saúde da A.L. Assim, pode-se constituir o fato de que "el sector salud, junto con el de la educación, se halla mucho más avanzado que otros sectores sociales en sus métodos de programación y en la preparación de expertos en programación sectorial".⁽²⁾ Cabe observar que um traço marcante desses métodos de programação era a atenção com a fixação de critérios para a distribuição de recursos - sempre escassos em função de uma demanda crescente por serviços de custos em contínua ascensão - destinados à saúde. Estes critérios distributivos deveriam considerar desde a dimensão espacial até a dimensão das disponibilidades de pessoal, equipamentos e instalações físicas. Evidentemente, esta ênfase no plano da programação favoreceu uma aproximação administrativa à planificação que privilegia "uma maneira de tomar decisões nas quais o importante é a apropriação e a atribuição de recursos e a distribuição de produtos".⁽³⁾ Como observa Testa,

(1) SOUZA, L.A. G. op.cit.p.,17.

(2) CEPAL/ONU - op cit p. 249.

(3) TESTA, M. - "Planejamento em saúde: as determinações sociais" in **As ciências sociais em saúde na América Latina - Tendências e Perspectivas.** - (org) Everardo Duarte Nunes Brasília - OPAS 1985 - p. 336.

"nestas circunstâncias, os problemas principais que se discutem são os que correspondem ao uso eficiente de recursos, são problemas de reprodução e crescimento, não de mudança." (1)

A aproximação administrativa à planificação vai ser objeto, a partir dos anos 70, de uma crítica ao chamado planejamento normativo por parte do autodenominado planejamento estratégico. Este último enfoque - que encontra em Testa e Marre expressivos autores -, ao fazer de suas críticas ao planejamento normativo expressão de sua crítica à teoria dos sistemas, vai centrar sua formulação na configuração do planejamento enquanto ciência social aplicada. Nesta perspectiva é que Testa vai considerar que "o problema do desenvolvimento do planejamento consiste, portanto, em fazer do mesmo uma ciência fundamentada nas múltiplas determinações da sociedade à qual se aplica." (2) Nega-se, portanto, a existência de uma crise do planejamento - que seria apenas a expressão setorial de uma crise do Estado - e se considera que "o desencanto ou desalento sobre a eficácia do planejamento é a expressão - neste âmbito - da crise de uma articulação de classes, cuja viabilidade chega a seu limite, ou, simplesmente, nunca existiu." (3) Opera-se, a seguir, uma caracterização do planejamento estratégico que, ao incorporar o político, "não como marco referencial, mas como parte de seu objeto específico de trabalho", (4) promove uma vinculação à geração de possibilidades de mudança social. Assim, a crítica ao planejamento normativo na sua hipervalorização do político - por acreditar que esta era uma via de acentuar o compromisso com a mudança social - acaba por substituir a normatividade técnico-econômica por uma normatividade política. Esta hipervalori

(1) ILSTA, M. op. cit. p. 336.

(2) Idem p. 343.

(3) Idem p. 344.

(4) Idem ibidem.

zação do político é que conduz Testa a afirmar que "o objetivo central do planejamento deve ser contribuir para promover a criação de condições que possibilitem a realização de ações que conduzam a mudanças sócio-políticas e econômicas nos países"⁽¹⁾ Vale aqui registrar a significativa divergência entre este ponto de vista e o expresso por Marshall Wolfe, que considera que "planificar significa essencialmente elegir entre posibilidades y asignar recursos escasos para lograr objetivos determinados, basados en un diagnóstico que abarque todos los factores pertinentes que puedan ser determinados".⁽²⁾ Este cotejo evidencia a ênfase que o enfoque do planejamento estratégico confere ao poder e sua distribuição. Substitui-se, assim, a apropriação/atribuição das instâncias políticas e a distribuição do poder.

Não surpreende que o enfoque do planejamento estratégico, dada a sua já mencionada ênfase na questão do poder, se volte para construir uma tipologia - que definiria "tipos" de poder - de poderes atuantes em cada setor de atividade. Assim, no que se refere ao setor saúde, Testa prontamente volta-se para identificar "os tipos principais de poder que são manipulados: técnico, administrativo e político".⁽³⁾ O poder técnico se expressaria por uma capacidade de produzir e manipular a informação, enquanto o poder administrativo se expressaria pela capacidade de apropriar e alocar recursos. Já o poder político se expressaria pela capacidade de mobilizar grupos sociais portadores de demandas e interesses. Renova-se, aqui, num plano setorial específico - o da saúde -, o privilegiamento irrestrito da política enquanto proposta de distribuição de poder.

(1) TESTA, M. op.cit.p352, grifo nosso.

(2) WOLFE, Marshall - "El desarrollo esquivó" FCE - México 1976 - p; 216.

(3) TESTA, Mário - op. cit p. 358.

Estabelece-se em meados dos anos 70, na A.L., uma polaridade nas perspectivas de planejamento: num pólo, uma visão administrativa da planificação que privilegia uma instrumentalização no plano da gestão/operação, e, noutra pólo, uma visão estratégica da planificação que privilegia uma instrumentalização no plano do poder/política. Em função desta polaridade, do nosso ponto de vista, debilitaram-se as condições de incorporação da experiência latino-americana de planejamento no enfrentamento da crise que se estende, a partir de meados dos anos 70, por toda a A.L.

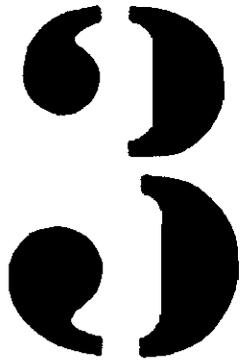
No Brasil, esta debilidade se expressa no fato de que nos anos 80 se produziu no âmbito do setor saúde, uma série de estudos, proposições e iniciativas no marco do criticismo ao padrão de saúde prevalecente, mas que, ainda hoje, se debatem com os perversos limites ao "aprofundamento das AIS (Ações Integradas de Saúde), concebido como o núcleo estratégico das mudanças".⁽¹⁾ A superação destes limites ao aprofundamento das AIS é função da capacidade de promover a "unificação da política estatal de um lado, e, de outro, maior desconcentração estadual e municipal das ações de saúde".⁽²⁾ Evidentemente, este é um desafio cujo enfrentamento não pode prescindir do aporte do planejamento - em especial se considerarmos amplamente a experiência latino-americana e ater-se apenas ao plano da negociação política. As questões que nos parecem fundamentais, no momento, seriam como devolver à planificação sua identidade histórica de indutor e racionalizador do processo de mudança social e como promover a emancipação da planificação

(1) MEDEIROS, Carlos - "Os impactos sociais da crise econômica, políticas sociais e transição democrática" - IEI7 UFRJ - Texto para discussão nº 132 - novembro de 1987 p. 55.

(2) idem p. 54.

frente a instrumentalizações espúrias no plano da gestão e da política. Noutros termos, poderíamos considerar que hoje as questões fundamentais à planificação latino-americana remetem-se tanto à instauração de uma racionalidade crescentemente liberta do mito e da utopia quanto a fundação de uma racionalidade infensa às instrumentalizações exógenas, seja através de requisitos no plano da gestão/operacão, seja através de requisitos no plano do poder/política. Assim, ao se constituir uma identidade específica do planejamento - distinta daquela da gestão e do poder -, tornar-se-á possível um diálogo entre estas distintas dimensões, apoiado numa linguagem e numa estrutura de comunicação expressa num plano, pois, como observa Habermas, "o plano (só) tem sentido na medida em que proporciona uma linguagem e uma estrutura de comunicação na qual o povo debate sua história e seu futuro".(1)

(1) citado in Testa, M - op.cit p.347.



O IMPASSE IDEOLÓGICO DO MOVIMENTO DOS
MÉDICOS RESIDENTES DOS ANOS DE 1978/
1979

RENATO PEIXOTO VERAS

O IMPASSE IDEOLÓGICO DO MOVIMENTO DOS MÉDICOS RESIDENTES DOS ANOS DE 1978/1979 *

RENATO PEIXOTO VERAS **

RESUMO

Este artigo se propõe a apresentar a residência médica a partir da compreensão que se expressa nas formulações da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), que esteve à frente das greves nacionais dos médicos residentes em 1978 e 1979, em confronto com a representação dominante sobre residência médica no discurso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) tal como pode ser apreendido do material publicado de seus congressos.

Apesar de se estar diante de concepções distintas e mesmo de posturas marcadamente antagônicas, pode-se captar, pelo menos no período analisado, um traço comum, um ponto de convergência entre os médicos, do professor universitário ao médico residente: o ideal, talvez já inviável, da prática liberal.

INTRODUÇÃO

Quando eu estava elaborando a minha dissertação de mestrado, em que procurei estudar as repercussões, na escola médica, das transformações da prática médica, através da análise de conteúdo dos textos reunidos nos Anais da Associação Brasileira de Educação Médica publi

* Artigo extraído dos capítulos que abordam a questão de residência médica na dissertação de mestrado: *A ABEM e as transformações da prática médica no Brasil*; IMS-UERJ, 1981.

** Professor Assistente do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ)

cados pela ABEM,⁽¹⁾ chamou-me a atenção o fato de, ao longo da história dos congressos da ABEM, ter sido o tema "Residência Médica" um dos mais presentes e um dos que mais despertaram interesse para o debate. Várias foram as vezes em que esta questão apareceu com destaque nas reuniões anuais daquela instituição. Apesar dessa recorrência do tema "Residência Médica" nos congressos da ABEM, nos últimos anos da década de 1970, em que houve duas greves nacionais de médicos residentes ocasionadas por reivindicações salariais, a ABEM permaneceu alheia ao problema. A única menção às greves de residentes em reuniões da ABEM foi justamente o protesto contra esse silêncio da instituição feito por um grupo de professores que, em 1978, no congresso de Londrina, estavam concorrendo, pela primeira vez com uma chapa de oposição, às eleições para a direção da ABEM.

A ABEM tem como uma de suas características principais a capacidade de se manter atenta às tendências e transformações que se registram no campo da saúde.⁽²⁾ Apesar disso, em um momento marcadamente importante para o movimento social e, em particular, para o movimento dos médicos, quando a greve dos residentes chegava a divi

(1) Ver a respeito, para uma análise mais profunda e detalhada do conteúdo dos textos dos Anais da ABEM, o meu trabalho, **A ABEM e as transformações da prática médica no Brasil**, dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1981, mimeo.

(2) Ver a respeito o meu artigo, **A ABEM e a visão à frente: características e limites de um discurso institucional**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, volume 8, nº 1, janeiro/abril 1984.

dir páginas dos jornais com os grevistas da região paulista do ABC, esse silêncio sobre as greves certamente evidencia a discordância ou a desaprovação, por parte dos professores que organizam o temário dos congressos da ABEM, dos rumos que o movimento dos residentes estava tomando.

Tanto por ter participado do movimento reivindicatório dos médicos residentes nos anos de 1978 e 1979 quanto como vice-presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e, desse modo, ter estado bem perto dos acontecimentos daqueles dois anos, como por em um outro momento ter me dedicado a uma análise detida do material publicado dos congressos da ABEM, pude me dar conta de que seria interessante e mesmo relevante examinar o modo pelo qual a Residência Médica é entendida pela ABEM e, por outro lado, de que maneira a ANMR chegou a lograr vitórias tão significativas, conquistadas através de movimentos grevistas.

É possível, e pode ser fecundo, estabelecer um confronto entre duas compreensões da organização da prática médica no Brasil, que se traduzem nas formulações de duas organizações de caráter profissional, as quais expressam, por sua vez, dois setores da categoria dos médicos na sociedade brasileira atual. A concepção hegemônica da ABEM passa pela preservação da qualidade do ensino, da excelência do ato médico e da valorização do profissional médico autônomo. As formulações da ANMR apontam para o que, na época, se convencionou chamar de "crise da medicina", decorrente, entre outros fatores, das transformações resultantes da expansão capitalista no setor saúde lado a lado com a incorporação crescente de tecnologia moderna, que determinou um au

mento da medicina, produção de serviços; diante dessa reorientação da medicina como atividade capitalista, o assalariamento médico afirmou-se uma tendência inexorável.

Como se vê, textos diante de perspectivas diversas sobre a concepção de organização da prática médica. Apesar de existirem as faculdades por entidades médicas que, de algum modo, lidam com questões relativas à educação médica, não há o material referente a essas duas perspectivas. Constatamos a possibilidade de chegar a algumas hipóteses que talvez possam explicar as razões da dificuldade enfrentada pelo movimento dos médicos residentes na greve nacional de 1962 e da consequente vitória menos expressiva do que o estombante êxito obtido no movimento grevista do ano anterior.

* * *

A ABEM teve a sua fundação efetivada em 21 de agosto de 1962, em Belo Horizonte, e desde 1963 até a presente data vem realizando anualmente suas reuniões, onde se discutem convergências e problemas relativos à educação médica e na concretização do pensamento da ABEM.

Já em 1962, no primeiro congresso da ABEM, há registro de uma palestra proferida pelo professor Carlos Cruz Lima sobre a residência médica. Nessa oportunidade, o expositor mostra a necessidade de se ampliar o treinamento para o residente, pois, segundo ele, com as deficiências das escolas médicas, é no período de residência que se poderia aprimorar a qualificação. Nesse sentido,

propunha a organização da pós-graduação no país, fazendo uma distinção entre os três tipos de formação pós-graduada, que, para ele, deveriam existir: a residência médica, a escola de pós-graduação e o curso de treinamento continuado. Parece-nos que os três tipos a que se referia o professor Cruz Lima reportam-se, no modelo atual, à própria residência médica, aos cursos de pós-graduação sensu strictu (mestrado e doutorado) e aos cursos de especialização.

A conferência do professor Cruz Lima se encerra com a proposta de criação de um órgão coordenador nacional da residência médica e de novos programas de residência médica para todas as especialidades.

No ano seguinte, no segundo congresso da ABEM, novamente esse tópico volta à discussão. O segundo tema debatido nesta reunião foi "Internato e residência médica". Para este tópico, funcionou como apresentador das "informações básicas" o professor Caio Benjamin Dias, da Universidade Federal de Minas Gerais, que teve sua palestra aceita e aprovada pelos demais conferencistas e debatedores, através do relatório final do tema. O professor Caio Benjamin Dias propôs a transformação do sexto ano do curso médio em internato, com rodízio em quatro áreas - clínica médica, cirurgia, pediatria e obstetrícia.

A residência médica foi definida como uma modalidade de treinamento intensivo em todas as atividades do hospital. Para seu bom funcionamento, foram propostas a estruturação de um programa para a residência médica e a criação de uma comissão de nível nacional para regulamentá-la.

As propostas apresentadas pelo professor Caio Benjamin

Dias e aprovadas no congresso devem ter sido extremamente inovadoras para a época, principalmente a relativa à residência médica, já que, em última análise, sugeria a criação de uma Comissão Nacional da Residência Médica, que viria a se tornar realidade em 1977, para normatizar e regulamentar a residência médica em nível nacional. A concretização dessa proposta quinze anos depois revela, particularmente quanto a esse tema, o sentido de atualidade e mesmo antecipação de que, de um modo geral, a ABEM em todo momento mostrou no conjunto de sua atuação.

Anos mais tarde, na oitava reunião da ABEM, a questão da residência médica volta à cena a partir da apresentação do trabalho dos professores Aloysio de Paula e Eugênio Davidovich, da antiga Universidade do Estado da Guanabara. Em sua apresentação, os professores relatam sua experiência no Hospital de Clínicas Pedro Ernesto e afirmam, como aspecto importante para o sucesso do programa da residência médica, a necessidade da existência do internato, segundo eles imprescindível para manter vivos os programas de treinamento. Na verdade, essa proposta encobre uma concepção bastante discutível que é a de tentar igualar, num mesmo patamar, o estudante de último ano de medicina com o médico recém-formado. Sabemos que, entre um e outro não existe grande diferença em termos de conhecimento e destreza técnica, mas ao se tentar estabelecer esse gênero de uniformidade entre duas categorias distintas, o que se está na verdade fazendo é situando o médico residente ainda como estudante. As conseqüências disso são sobremodo evidentes, como se pode verificar nas seguintes passagens do trabalho apresentado. "Como a remuneração dos internos e residentes é apenas para lhes permitir uma dedicação total

no treinamento, as bolsas desde o internato até o último ano de residência podem ter o mesmo valor".(1)

Em outra passagem do trabalho, grande destaque é atribuído à residência como pós-graduação e como forma de estimular vocações docentes, encarando-a, desse modo, como um celeiro de futuros professores.

A conferência termina com um tópico denominado "Aspectos econômicos da racionalização da assistência médica", no qual os expositores criticam o desperdício de recursos nos hospitais brasileiros, propondo, como forma de sanar este mal, a implantação de internatos e residências, com o que se produziriam os meios de "reduzir o número de médicos a um décimo ou menos". Assim, "o hospital gastaria menos energia e dinheiro com os médicos".(2)

Não é difícil perceber que o teor dessa proposta é utilizar o trabalho mal remunerado do estudante e do residente nos hospitais como forma de reduzir despesas na perspectiva de uma suposta racionalização de custos que deixa de mobilizar, para o atendimento da população, o trabalho de profissionais mais experientes.

No ano seguinte, na nona reunião da ABEM, a questão da residência médica surgiu na parte da reunião destinada

(1) Aloysio de Paula e Eugênio Davidovich, Internato e residência, Anais da VIII Reunião da ABEM, Brasília, 3 a 6 de setembro de 1970, p. 203.

(2) Idem ibidem, p. 212.

à apresentação de temas livres, através do trabalho do então presidente da ANMR, doutor Cid Célio Jayme Carvalhaes.⁽¹⁾

A linha de análise do presidente da ANMR é a de reforçar a premissa, unanimemente aceita, de encarar a residência médica como um período de formação substancial para a qualificação do médico. O expositor demonstra certa apreensão quanto à baixa qualidade de formação proporcionada por alguns hospitais e instituições de ensino. No sentido de enfrentar este problema, a ANMR propõe que seja confiada às sociedades de especialistas filiadas à AMB a tarefa de elaborar a programação científica da residência médica a avaliar o seu cumprimento.

Nesse período, portanto, a Associação Nacional de Médicos Residentes centrava suas forças na luta pelo aperfeiçoamento científico dos programas de residência médica, sem ainda levantar outros problemas relativos à condição do residente, sequer se contrapondo à visão de que o residente é um médico de menor valor.

Em uma palestra na décima reunião, em 1972, proferida pelo doutor Hilton Rocha, sobre a formação do especialista, no tópico relativo à residência médica o conferencista propõe que a residência seja cursada em regime de dedicação exclusiva, e por um número pequeno de profissionais, de modo que fiquem assegurados um trabalho de melhor qualidade e um bom aprendizado: "Em pequeno núme

(1) Cid Célio Jayme Carvalhaes, "Plano nacional de residência médica," Anais da IX Reunião da ABEM, Curitiba, 4 a 7 de setembro de 1971, p. 141.

no, a bem seleta. E a seleção não é fácil. Precisamos de referências, valorizando o currículo universitário e as entrevistas prévias; precisamos dar peso às provas de conhecimento, aos testes de inteligência e de personalidade. Precisamos escolher os 3 melhor nível intelectual..."⁽¹⁾

Outra conferência que abordou a residência médica na reunião foi preferida pelo doutor Jarbas A. Porto. A exposição inicia-se com a definição de que a residência é uma forma de ensino médico de pós-graduação que tem como finalidade "formar médicos, especialistas, desvinculada de qualquer correlação com moradia ou alojamento para o residente"⁽²⁾. Este é considerado médico estagiário bolsista, sem qualquer vínculo empregatício com o hospital. O aprendizado se dá através do trabalho orientado, programado e supervisionado durante todo o tempo do estágio. Assim, o doutor Jarbas Porto descreve a residência como um curso formal, teórico, "sem excluir a eventualidade de pequenos cursos básicos, essenciais ao melhor entendimento de certos setores de conhecimento"⁽³⁾. Para o expositor, a "característica fundamental da residência é a de aprender através do trabalho", e o seu "objetivo maior é a preparação do

(1) Milton Rocha, "A pós-graduação no ensino médico: a formação do especialista", Anais da X Reunião da ABEM, João Pessoa, 9 a 12 de setembro de 1972, p. 65.

(2) Jarbas A. Porto, "A residência como ensino de especialização", Anais da X Reunião da ABEM, João Pessoa, 9 a 12 de setembro de 1972, p. 117.

(3) *Ibidem*, p. 117.

médico para o exercício profissional".⁽¹⁾ Em outra passagem de sua exposição, quando aborda a questão da concessão do título de especialista, o professor Jarbas Porto propõe que o programa da residência seja traçado pela sociedade de especialistas, visando desse modo "proporcionar a aquisição dos conhecimentos indispensáveis para o residente submeter-se aos exames"⁽²⁾ destinados à obtenção do título de especialista.

Pode-se deduzir dessas intervenções sobre a residência médica uma mesma linha de análise: a qualidade do ensino. As outras questões, quando abordadas, são relegadas a plano inferior, caracterizando-se claramente a admissão implícita de que a residência é necessariamente um período de privações, como que uma provação pela qual é preciso passar para que se possa galgar posteriormente os níveis mais elevados da profissão.

Outro aspecto que merece comentário é o problema da obtenção do título de especialista. Embora todos considerem a residência médica uma etapa fundamental na formação do especialista, e mesmo, pelos padrões vigentes no meio médico, a conclusão da residência seja plenamente admitida como suficiente para a especialização, quando se coloca a questão da obtenção do título de especialista, após o período de residência (o que implica obviamente o fato de o postulante ter sido considerado apto nas avaliações realizadas durante o referido período), a concessão do título fica na dependência das sociedades

(1) Jarbas A. Porto, "A residência como ensino de especialização", Anais da X Reunião da ABEM, João Pessoa, 9 a 12 de setembro de 1972, p. 118.

(2) Idem, *ibidem* p. 118.

especialistas. Embora a residência médica seja indicada inclusive como pré-requisito obrigatório para o mestrado; embora se sugira o estabelecimento do regime de créditos para a residência médica - créditos estes que poderiam valer futuramente para o curso de mestrado -, ao cabo de dois ou três anos de residência, após a avaliação, o médico que passou por essa formação não está apto a obter o título de especialista, precisando, para tal, prestar um exame nas sociedades que detêm o privilégio de decidir quem é ou não especialista.

Essa é uma situação que traduz claramente o caráter elitista e corporativista dos setores médicos tradicionais.

Nos editais das referidas sociedades, exige-se que o candidato seja sócio da entidade, que pague uma taxa de inscrição para o concurso. Em algumas sociedades exigem-se, inclusive, alguns anos de atividade na especialidade (1). A prova de acesso à condição de especialista é realizada pela direção da sociedade, ou seja, por médicos de notória influência que, ao seu bel prazer, podem disciplinar o mercado em sua especialidade, permitindo ou não a ampliação do número de especialistas com titulação reconhecida no país. A esse respeito, não é pouco significativo que boa parte das páginas dos Anais da décima reunião da ABEM, cujo tema central foi a pós-graduação, tenha sido destinada à transcrição das normas e editais de todas as sociedades de especialistas sobre a concessão do título de especialista.

A décima primeira reunião da ABEM, realizada em 1973,

(1) Normas para a concessão do título de especialista: Associação Médica Brasileira, Anais da X Reunião da ABEM, João Pessoa, 9 a 12 de setembro de 1972, p. 195.

conservou como seu tema central os problemas relacionados com a pós-graduação no ensino médio. Ainda uma vez mereceu destaque a questão da residência médica novamente definida e considerada "uma etapa altamente benéfica, indispensável mesmo à maturação e à formação de docentes e profissionais de alta qualidade".⁽¹⁾

Nas sessões destinadas aos temas livres, foram apresentados vários trabalhos sobre residência médica. O doutor Jarbas A. Porto, diretor do Centro de Aperfeiçoamento e Especialização Médica do Hospital dos Servidores do Estado, fez uma longa exposição em que apresentava um relato da criação da residência médica no Hospital dos Servidores do Estado em 1948, o primeiro programa de residência médica a vigorar no Rio de Janeiro. Após esse relato, passou a tecer algumas considerações no mesmo espírito da intervenção que realizara no ano anterior. Voltou a propor que o título de especialista fosse conferido pelas sociedades de especialistas, observando que "este título deve ser o objetivo a ser alcançado pelos que fazem residência"⁽²⁾ e que se criasse uma comissão especial sob a responsabilidade da Associação Médica Brasileira. E apresentava igualmente a proposta, até então ainda não formulada nos encontros da ABEM, de que a admissão à residência fosse efetiva através de concurso, "evitando-se o sistema, ainda utilizado, de cartas de referência, indicação etc."⁽³⁾

(1) "Relatório Geral," Anais da XI Reunião da ABEM, Rio de Janeiro, 20 a 22 de setembro de 1973, p. 147.

(2) Jarbas A. Porto, "A residência como ensino de pós-graduação de especialização," Anais da XI Reunião da ABEM, Rio de Janeiro, 20 a 22 de setembro de 1973, p. 189.

(3) Erasmo Magalhães Castro de Tolosa, "A residência no ensino médico brasileiro," Anais da XI Reunião da ABEM, Rio de Janeiro, 20 a 22 de setembro de 1973, p. 195.

Como se pode observar, o ano de 1973 foi pródigo em manifestações sobre o tema, das quais sobressai uma concepção da residência ainda ligada à formação do supermédico, destinado ao ideal de êxito social e financeiro, ainda nessa altura profundamente arraigado nos projetos individuais ilusórios de uma categoria profissional que já marchava celeremente para o assalariamento.

No congresso reunido em 1974, o vice-presidente da ANMR, doutor Márcio José de Almeida, apresentou um documento oficial da entidade, representativa dos residentes abordando as distorções do sistema de saúde e seus reflexos em relação à residência médica. É nessa exposição que, pela primeira vez, aparece aquela que se tornaria, alguns anos mais tarde, uma das mais explosivas reivindicações do movimento dos médicos: o direito trabalhista. Nesse ano, o projeto de ANMR era "propor ao Ministério do Trabalho a constituição de um grupo de trabalho com a finalidade de regulamentar a residência médica sob o ponto de vista trabalhista, já que se trata de um estágio de aperfeiçoamento a que têm acesso pessoas formadas, portanto profissionais".⁽¹⁾

Embora já então fosse lançado esse item tão polêmico, na época a questão central ainda não era essa. Nesse período, a ANMR tinha as suas principais reivindicações voltadas para a questão do ensino. A ampliação do número de programas de residência médica, que então se verificava não só como decorrência do inusitado número de médicos que saíam formados das escolas médicas que poucos anos antes haviam sido criadas como também por for

(1) ANMR, "O médico recém-formado e o sistema de saúde," Anais da XII Reunião da ABEM, São Paulo, 11 a 14 de setembro de 1974, p. 342.

ca da constituição de um mercado de trabalho voltado principalmente para o médico especialista, envolve a implantação de vários programas de residência médica em hospitais desparelhados, nos quais as condições de trabalho e de ensino proporcionadas aos residentes eram de qualidade terrivelmente baixa. Diante dessa situação, a ANMR propunha que fosse criada uma comissão composta de representantes de diferentes entidades e associações da categoria médica à qual coubesse dar, ou não, o aval necessário ao funcionamento, em todo o país, de programas de residência médica.

A Associação de Médicos Residentes de São Paulo (AMERESP) também apresentou uma comunicação nessa reunião da ABEM, sob o título "Sistema de residência médica: estudo crítico". Neste trabalho, são adequadamente caracterizadas as transformações que começam a se tornar mais evidentes na organização da assistência médica, tais como: o crescimento intenso e desordenado das escolas médicas; o desenvolvimento econômico e demográfico brasileiro excessivamente concentrado que não se faz acompanhar de uma política de interiorização dos serviços de saúde; a intervenção estatal no setor saúde; o aparecimento do setor empresarial na área da saúde; a crescente tendência ao assalariamento do profissional médico; a prática cada vez mais freqüente de instalação de programas de residência médica por empresas privadas e portanto desligadas das universidades, cujo objetivo exclusivo é utilizar o médico recém-formado como mão-de-obra barata. Após a listagem desses fatores, a AMERESP mostra, como consequência quase natural, a "opção" dos recém-formados por se concentrarem em grandes centros e sua tendência a considerarem obrigatório o prolongamento do curso médico, ingressando

em um programa de residência. A análise da transformação do mercado e da política educacional segue nessa linha crítica, mostrando que o quadro da época já diferia radicalmente do modelo de residência copiado do modelo norte-americano, que visava à formação de especialistas de medicina através de uma prática formadora desenvolvida em um hospital de bom padrão, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, por prazos suficientes e sob a supervisão de colegas mais experimentados. Segundo o documento da AMERESP, as deformações existentes no aparelho formador fazem com que a residência seja procurada antes pelo desejo de preencher as grandes lacunas deixadas pelo precário ensino de graduação, ficando assim prejudicados os seus objetivos próprios.

Após essa análise, o documento da associação paulista de médicos residentes passa a discutir a questão salarial, informando que uma consulta efetuada ao Departamento Nacional de Salário, do Ministério do Trabalho, teve como resposta deste órgão a afirmação de que o salário mínimo profissional fixado para o médico é também devido ao médico residente. No entanto, segundo a avaliação dos próprios residentes, a aplicação estrita da lei faria com que houvesse uma redução de 80% do número de residência. Assim, optavam pela proposta "de se criar a nível de Estado, uma legislação trabalhista para o residente, assegurando-lhe assim uma situação estável no mercado".⁽¹⁾

(1) AMERESP, "Sistema de residência médica: estudo crítico," Anais da XII Reunião da ABEM, São Paulo, 11 a 14 de setembro de 1974, p. 430.

Quando se trata de analisar a questão da residência médica, nesse congresso da ABEM de 1974 aparecem pela primeira vez já os residentes representados por suas entidades, produzindo análises mais abrangentes, que vão a lém da análise eminentemente interna até a própria residência tipicamente desenvolvida pelos professores que até então vinham tratando do tema nas reuniões anteriores. Nas contribuições das associações dos residentes, por exemplo, aparece pela primeira vez a reivindicação por salário, em vez de bolsa. É interessante observar, ainda à guisa de exemplo, que a ANMR, em seu documento, apesar de apontar o direito ao salário, vê no credenciamento dos hospitais e na fiscalização da qualidade dos programas o interesse fundamental de seus associados nessa fase. Já o trabalho da AMERESP aborda de forma mais enfática a questão do direito ao salário, mas faz a ressalva de que o estrito cumprimento da lei poderia ocasionar uma substancial redução dos programas de residência, e aponta a solução intermediária de uma lei específica para os residentes.

O último e eloquente indicador da importância que os problemas relativos à residência médica vinham assumindo na época é dado pela publicação, nos Anais dessa reunião da ABEM, de uma pesquisa bibliográfica contendo todos os títulos sobre internato e residência publicados entre 1969 e 1974: um total de 101 títulos, disponíveis na biblioteca da Bireme.

Na reunião da ABEM realizada em 1975 na Bahia, a primeira conferência sobre residência médica foi proferida pelo professor Djalma Vasconcelos, da Universidade Federal de Pernambuco, que fez uma análise histórica do surgimento da escola e da residência médicas no Brasil.

e um diagnóstico da situação desta última, que, a seu ver, precisa de modificações na linha das que já haviam sido apontadas na segunda reunião da ABEM, em 1964, pelo professor Caio Benjamin Dias. O expositor apóia a proposta de criação de uma comissão nacional de residência médica para coordenar o sistema de residências médicas de âmbito nacional e de uma fiscalização para o perfeito cumprimento dos objetivos a que se destinam.

A palestra seguinte foi proferida pelo doutor Hélio Arthur Bacha, então presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes. O doutor Hélio Bacha iniciou seu pronunciamento mostrando que existiam mais de 6.000 médicos residentes no país, o que tornava muito difícil uma avaliação uniforme dos programas de residência médica, muitos deles de padrão reconhecidamente baixo. Depois de reafirmar o caráter de formação de especialista que deve ser prioritário na definição desses programas, passou a criticar a ampla e indevida utilização dos residentes por empresas médicas exclusivamente voltadas para a obtenção de lucros desmedidos.

Como exemplo, mencionou certos hospitais do Rio de Janeiro que aumentaram o número de vagas para residentes em detrimento da contratação de profissionais médicos, assinalando que em alguns hospitais tornou-se prática comum a exoneração de significativo número de médicos contratados e sua substituição por residentes. Mencionou ainda exemplos de hospitais em que as residências obedecem a regime de plantão de 24 horas semanais, sem qualquer programa ou orientação, mas com remuneração através de uma bolsa no valor de Cr\$600,00 (seiscentos

cruzeiros) Segundo estudos da associação dos residentes, 15% dos médicos residentes trabalham nesse regime de pretensa residência médica.

Apesar das denúncias de todos esses abusos, o texto conclui com propostas relativamente amenas, colocando-se contrariamente à aplicação de lei que estipula o salário mínimo para o médico e também para o residente e propondo "que a remuneração seja feita através de bolsas condignas",⁽¹⁾ oferecidas por instituições insuspeitas, e que a residência médica seja regulamentada.

Um aspecto valorizado na outra conferência proferida pelo professor Humberto Castro Lima foi a obtenção do título de especialista, segundo ele de suma importância para o médico, pois o valoriza profissionalmente. Portanto, a concessão desse título deve ser atribuição das sociedades médicas, devendo o mesmo ser valorizado e reconhecido por órgãos governamentais e particulares.

O professor Jarbas Porto foi o último expositor do tema. Em sua intervenção, apresentou o modelo de formação médica dos Estados Unidos, fazendo referências ao board, o exame de suficiência realizado após a conclusão do curso médico, necessário para o ingresso na prática profissional. A seguir, apresentou o modelo norte-americano de residência médica, que se limita a um certo número de especialidades. A palestra segue uma linha descritiva da história da residência médica e, em determinada passagem, o professor Jarbas Porto critica

(1) Hélio Arthur Bacha, "Residência médica: análise e proposições"; Anais da XIII Reunião da ABEM, Salvador, 19 a 4 de outubro de 1975, p. 264.

a ANMR por ser esta instituição contrária à concessão do título de especialista pelas sociedades de especialistas. Segundo o expositor, deveriam ser "desencorajadas as proposições que visem a retirar da AMB a coordenação geral da residência e a faculdade de emitir o título de especialista".⁽¹⁾

Nesse período, a questão em relação à qual surge maior divergência entre professores e médicos residentes é a da concessão do título de especialista. Fica evidente o elevado espírito corporativo de tais professores, que, na verdade, são as próprias sociedades de especialistas. Para elas, a valorização do título de especialista envolve a própria preservação de tais entidades, que devem ser imunes à participação de qualquer gênero de intervenção estatal. sequer se discute a questão do mérito ou da obrigatoriedade de filiação a uma dessas entidades para se obter um título relativo a conhecimentos que, a final de contas, não foram obtidos nesses clubes de especialistas.

"Em outras palavras, recomenda a ANMR que tudo que está sob a égide da Associação Médica Brasileira passe para a órbita do Estado, no que não enxergamos qualquer vantagem, inclusive porque não haverá nenhuma modificação substancial na conceituação do assunto".⁽²⁾

A defesa intransigente do direito de determinar de que maneira os médicos, e quais deles, poderão ser aceitos

(1) Jarbas A. Porto, Residência: análise e proposições, Anais da XIII Reunião da ABEM, Salvador, 19 a 4 de outubro de 1975, p. 285.

(2) Idem, *ibidem*, p. 285.

no universo dos especialistas talvez tenha sido um dos aspectos mais importantes dessa reunião da ABEM com relação à residência médica. No entanto, devido ao procedimento, aliás característico, das reuniões da ABEM de contemporizar com as divergências, essa oposição não se expressa de forma tão enfática e significativa no relatório final do congresso.

Enfim, esses são apenas alguns exemplos significativos de uma série de outras conferências e comunicados apresentados nas reuniões anuais da ABEM sobre residência médica. É, no entanto, bastante expressivo e portanto digno de registro o fato de essa questão não ser relacionada como tema dos congressos de 1979 e 1980, já que, de modo diferente, a residência médica se fez presente no congresso da ABEM de 1978, realizado em Londrina, não através de temas ou de relatórios, mas antes pela participação ativa de alguns membros de associações de residentes (Associação de Médicos Residentes de Londrina, Associação Gaúcha de Médicos Residentes e Associação Nacional de Médicos Residentes) na articulação do movimento de renovação que resultou no lançamento, pela primeira vez na história da ABEM, de uma chapa de oposição para a eleição da nova diretoria.

É provável que para alguns professores a residência médica já houvesse causado dissabores e preocupações de mais, parecendo-lhes por isso mais prudente e adequado que, por um certo período, não figurasse como tema a ser debatido pela ABEM. Assim, se a ABEM certamente merece que se lhe reconheça a virtude de visão a longo prazo, de colocar com lúcida antecedência questões que se afirmariam mais tarde como de vital importância, isso não quer dizer que ela se mostre capaz de absorver e

refletir questões da atualidade, por mais candentes que sejam, e muito menos de definir-se sobre elas.

* * *

Quando ingressei na residência médica em janeiro de 1977, vivi a experiência cotidiana do médico residente de então, espremido entre o aparelho formador e o mercado prestador de serviços, comprometido com uma jornada de trabalho excessiva mas justificada quase que como um rito de passagem, um sacrifício fundador de um futuro cheio de promessas: horas de trabalho efetivo e estafante que deviam ser encaradas como horas de estudo e de experiência e eram, portanto, remuneradas com uma bolsa, e não com salário. Na época, aliás, a bolsa era particularmente irrisória. Mas a missão era elevada.

No momento dessa minha experiência, a representação dominante da residência médica, inspirada certamente pelas recordações que grandes professores alimentavam de seus períodos de internship vividos décadas antes em algum hospital de elite norte-americano, comportava forçosamente total abnegação e completa fidelidade ao mestre instrutor e à supostamente respeitável instituição que abrigava o residente. Desse modo, é muito natural permanecer o residente em atividade muito além das horas regulamentares, ou acompanhar, em dias de folga, os doentes do seu preceptor, ou ainda participar de cirurgias apenas nas fases de pré e pós-operatório. No entanto, essa dedicação terá sua recompensa, pelo menos para alguns, talvez os melhores. Àquele que conseguir ven

cer essa árdua etapa, porém, estarão reservados apenas mais alguns anos de agruras trabalhando como assalariado em algumas instituições de saúde, e, após a superação de tantos e tais obstáculos, completar-se-á o seu ritual iniciatório, o que lhe possibilitará, graças ao saber com tanto esforço adquirido, e pela mão do seu mestre e protetor, galgar o ápice da profissão médica: o consultório particular.

Já então, contudo, essas relações idílicas e paternalistas de mestre-aprendiz e esse espírito de missão em nada correspondiam às verdadeiras relações sociais em jogo. Definidos os residentes por uns como alunos ainda em formação e por outros como médicos já em especialização, com um pé na escola médica e outro no mercado, recebendo como bolsa de estudos o que muitos já entendiam lhes ser devido como salário, a condição do residente em 1977 era particularmente difícil, no contexto da reconhecida deterioração da qualidade do ensino médico que lhes impunha aquele período suplementar em que pudessem aprender um pouco mais, e da falência do modelo tradicional da organização da prática médica, que os fazia suspeitar seriamente de que aquilo talvez já não representasse mais o almejado trampolim para o consultório particular.

Seguramente, não existe outro foco onde mais bem se concentrem os efeitos, contradições e conseqüências da crise da medicina do que a residência médica, particularmente no que diz respeito ao aspecto da expansão do assalariamento. Na expressão social dessa crise que se manifestou na virada da década de 1980 através dos movimentos dos médicos e da renovação das direções sindicais e conselhos regionais, indissociável desses movimi

mentos, o movimento dos médicos residentes teve um pa
pel precursor, até porque os residentes constituíram o
segmento dos médicos mais sacrificados por esta crise.

Se quisermos estabelecer um marco no movimento dos re-
sidentes, este será seguramente o ano de 1977, pois no
segundo semestre desse ano, ocorreram dois fatos de gran-
de relevo para o movimento. O primeiro foi o histórico
Congresso de Olinda,⁽¹⁾ onde foram traçadas, a nível na-
cional, as bases da campanha pelo reconhecimento do di-
reito dos residentes à carteira de trabalho. Uma sema-
na após o congresso, talvez já como reflexo do mesmo,
foi assinado pelo presidente da República o decreto nº
80.281, que regulamentou a residência médica e criou a
Comissão Nacional de Residência Médica.⁽²⁾

O reconhecimento, por parte do Estado, da necessidade
de se criar um estatuto para estabelecer definições bá-
sicas ao funcionamento dos programas de residência médi-
ca, mas principalmente a constatação dos residentes de
sua importância como força de trabalho nos hospitais,
em flagrante contraste com a remuneração que vinham re-
cebendo, estão na origem do movimento de amplitude na-
cional dos médicos residentes que se desencadearia a
partir do ano seguinte.

No semestre em que se reuniu o Congresso de Olinda, rea-

(1) O XII Congresso Nacional de Médicos Residentes realizou-se em Olinda, Pernambuco, de 28 de agosto a 3 de setembro de 1977.

(2) O Decreto nº 80.821, de 5 de setembro de 1977, que regulamenta a residência médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica, foi assinado pelo presidente da República, Ernesto Geisel, e pelos seguintes ministros: Nei Braga, Paulo de Almeida Machado, Luís Gonzaga do Nascimento e Silva e Moacir Barcelos Potiguara.

lizava-se no Rio de Janeiro intensa campanha eleitoral com vistas à renovação da diretoria do sindicato dos médicos do município, com perspectiva bastante favorável - que, aliás, veio a se confirmar - da eleição de uma chapa articulada em maior sintonia com os setores assalariados da categoria. Poucos meses depois, em São Paulo, fortalecia-se movimento semelhante. Nesse contexto, os médicos residentes iniciaram em São Paulo e no Rio de Janeiro uma campanha no sentido de ingressar coletivamente com ações na Justiça do Trabalho reivindicando o reconhecimento do vínculo empregatício. Respaldados por vários pareceres favoráveis de eminentes juristas,⁽¹⁾ centenas de residentes em todo o país passaram a lançar mão desse recurso legal para fazerem valer seus direitos, com boa repercussão na imprensa e na opinião pública em geral.

A convicção no sucesso dessas ações foi, com o passar dos meses, sofrendo o desgaste da morosidade com que tramitam os processos trabalhistas, que têm diversas instâncias superiores a percorrer quando falta jurisprudência firmada, e o desencanto com a via jurídica fez

(1) Os pareceres favoráveis obtidos pela ANMIR com relação à indagação sobre os direitos trabalhistas dos médicos residentes foram os seguintes: a) em 1969, representa a consulta feita ao Ministério do Trabalho, com parecer favorável do Dr. Celso Barroso Leite, secretário-geral do Ministério; b) em 18 de janeiro de 1974, a Associação Médica Brasileira, através do Dr. Alcides Thomaz Lauria, igualmente concedeu parecer favorável; c) respostas às consultas feitas em 1977 aos Drs. Aníbal Fernandes e Renato Rodrigues Caldas, advogados trabalhistas da OAB, seção São Paulo; d) resposta à consulta feita em 1978 ao Dr. Celso Soares, advogado trabalhista da OAB, seção Rio de Janeiro.

com que o movimento dos residentes tomasse outro rumo.⁽¹⁾

Registram-se, por essa época, a criação de entidades representativas de residentes em vários dos principais hospitais, um revigoramento das suas representações estaduais e o fortalecimento da Associação Nacional de Médicos Residentes, sempre associados a intensa atividade de discussão sobre a importância da força de trabalho do médico residente na estrutura hospitalar.⁽²⁾ Esses elementos positivos de organização e conscientização, agindo sobre a profunda insatisfação da categoria, sobrecarregada por uma jornada de trabalho excessiva a qual correspondia uma remuneração insignificante,⁽³⁾ e frustrada pela inviabilidade de uma solução de curto prazo para o recurso jurídico das ações trabalhistas, criaram condições extremamente favoráveis à mobilização

-
- (1) "A greve contra a indústria médica", jornal Movimento, 23 de julho de 1978, p.5: "No entanto, os residentes, vendo que uma ação demora de um a dois anos para ser julgada, resolveram, sem abandoná-la, passar a outras formas de ação." Editorial, Sensu Lato (publicado pela ANMR) nº 5, janeiro-fevereiro de 1979, p.2: "Não temos ilusões quanto ao verdadeiro caráter da Justiça do Trabalho. A essa decisão (parecer favorável da quarta junta, processo 4J.C.J/1.890/78, relativo à reivindicação à carteira assinada se seguirá um moroso processo de apelações até a instância final do TST. As numerosas ações em curso nos tribunais continuarão a ser cozidas em fogo lento, numa tentativa clara de quebrar o ânimo e a organização dos médicos residentes. Além disso, mesmo vitoriosa na TST, a decisão não redundará na automática normalização do vínculo trabalhista para toda a categoria."
- (2) "Ação do sindicato contra hospitais já tem apoio de 400 médicos residentes", Jornal do Brasil, 2 de março de 1978: "O sanitarista Hésio Cordeiro, do Instituto de Medicina Social da UERJ, fez conferência sobre residência médica e mercado de trabalho, na qual defendeu a idéia de que a residência é a desvalorização do diploma de graduação como estratégia de regulação do mercado de trabalho (...) o trabalho dos médicos passa agora a uma nova lógica: assalariamento, controle de produtividade, minimização dos gastos, maximização dos lucros, análise de custo-eficiência."
- (3) "Greve nos hospitais", Veja, 5 de julho de 1978, p.63: "A remuneração de um médico Residentes situa-se ao redor dos Cr\$3.000,00 mensais, correspondentes a um regime de dedicação exclusiva ao hospital, numa carga horária média de 90 horas de trabalho por semana."

política.

E como nada tivesse mudado, em maio de 1978 os residentes do Hospital das Clínicas da Universidade do Estado de São Paulo (USP) tomaram a dianteira e lançaram campanha por um aumento emergencial de sua remuneração para cinco salários mínimos.⁽¹⁾ Essa reivindicação rapidamente ganhou a adesão e o apoio de vários setores médicos, fazendo com que a direção do Hospital das Clínicas da USP cedesse à pressão dos residentes diante da iminência da deflagração de uma greve.⁽²⁾ Mal se podia prever desfecho tão rápido e favorável. Talvez fosse esta a vitória que faltava para o movimento de residentes. Logo após essa conquista, os residentes do Hospital do Servidor Público de São Paulo fizeram idêntica reivindicação e, já em greve, aguardaram a resposta da direção do hospital, enquanto os demais hospitais em São Paulo aumentavam o burburinho em favor do aumento para cinco salários mínimos.⁽³⁾

Em meio a essa movimentação foi marcado, para a cidade de Miguel Pereira, no Estado do Rio de Janeiro, um encontro dos médicos residentes do Centro-Oeste e Sudeste com

(1) Em 1978, o maior salário mínimo do país era de Cr\$1.520,00.

(2) "Greve nos hospitais", *Veja*, 5 de julho de 1978, p. 64: "Em fim a greve tem se mostrado como o único argumento convincente para sensibilizar a direção dos hospitais. Em São Paulo, há um mês, a simples ameaça de paralisação dos 540 residentes do Hospital das Clínicas já havia sido o bastante para que o governo estadual concedesse 400% de aumento a todos os residentes de hospitais estaduais.

(3) Vale ressaltar a inegável dose de ousadia na reivindicação de aumento de salário em índice superior a 100%, quando a inflação oficial do ano de 1978 oscilava ao redor de 40%. Observe-se ainda que, em 1978, não se havia ainda verificado, depois de 1964, qualquer greve nacional promovida por uma categoria, na falta de melhor expressão, "assalariados de classe média", como a que acabou ocorrendo com os médicos residentes, não se dispendo, portanto, de experiências resultantes desse gênero de luta social.

vistas à preparação do XIII Congresso da Associação Nacional dos Médicos Residentes, que se realizaria em julho em Brasília. Essa reunião teve sua pauta alterada em vista dos acontecimentos, e, com a participação de residentes do Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Minas Gerais, Goiás e Brasília, discutiu-se prioritariamente a experiência do Hospital das Clínicas da USP, traçando-se as bases do movimento nacional pelo aumento e padronização salarial.

Já na semana seguinte a esse encontro, os residentes do Rio de Janeiro e, pouco depois, os do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais foram aderindo à reivindicação e deflagrando movimentos grevistas. Aumentava em todo o país o número de médicos em greve. A imprensa abria espaços para relatar o fato. Apesar da oposição da maioria dos jornais, reconhecia-se que os residentes estavam percebendo um salário irrisório, que a jornada de trabalho era excessiva, e que o movimento grevista se ampliava. No entanto, editoriais paternalistas condenavam a forma de pressão utilizada.⁽¹⁾ De início, as entidades médicas relutaram pouco a pouco mas foram reconhecendo como justa a reivindicação, embora pedissem pelo fim da greve. Nos hospitais universitário, os professores inicialmente se mantiveram reservados, porém depois

(1) Editorial Greve insensata, O Globo, 18 de julho de 1978, p. 1: "Não é difícil para a opinião pública aceitar como justo que os médicos residentes têm remuneração irrisória e desproporcional em relação tanto à dedicação frequentemente demonstrada por esses jovens profissionais com a relevância da tarefa que executam. Mas essa constatação não conduz a uma cega solidariedade ao movimento grevista que hoje atinge o Rio, São Paulo e outras capitais do país.

...com o seu importante papel de apoio, pois não só admitiu a possibilidade da remuneração do residente⁽¹⁾ como reconheceu a relevância da residência médica na extensão da formação médica e a importância do médico residente no atendimento à clientela.

Faces a essa situação, esperava-se um desfecho rápido para a crise. No entanto, as direções dos hospitais e dos residentes se mantinham inflexível, não arredando pé de suas posições iniciais. Com o passar dos dias e com a continuação da greve, foi ficando evidente que a definição do rumo do movimento seria estabelecida no Rio de Janeiro, por ser esta cidade a que possui o maior número de hospitais públicos, e que qualquer solução encontrada para esses hospitais estender-se-ia automaticamente a todos os hospitais públicos do país. As negociações permaneceram paralisadas até que, em Brasília, representantes dos ministérios, tocados pelo problema, reuniram-se⁽²⁾ e emitiram uma nota segundo a qual a partir do mês de maio daquele ano o salário dos médicos residentes seria de sete mil cruzeiros, não se fazendo menção ao desconto dos dias de greve. A proposta deste comunicado, apesar de não acatar o valor estipulado pelo presidente, foi aceita, e, em poucos dias os governos estaduais e os hospitais particulares concederam aumento semelhante, exceção feita ao governo do

(1) Ver, por exemplo, "Solidariedade", A Folha de São Paulo de 9 de maio de 1978, p. 14; "Corpo Clínico apoia greve na UFRJ", O Estado de 8 de julho de 1978, p. 15; "Professores aderem às reivindicações salariais", A Folha de São Paulo de 15 de julho de 1978, p. 11.

(2) Participaram da reunião os seguintes ministérios: Saúde, Previdência Social, Assistência Social, Trabalho e Educação e Cultura.

Estado do Rio de Janeiro, que se manteve impassível diante da "recomendação" federal, atendo-se ao aumento que havia concedido anteriormente para quatro mil e seiscentos cruzeiros.

Mesmo sem a extensão da conquista a todos os residentes, também no Rio de Janeiro a greve se encerrou, transferindo-se a partir de então o foco de interesse dos residentes para o XIII Congresso Nacional da ANMR em Brasília, no mês de julho, onde os residentes de todo o país poderiam realizar uma avaliação de seu movimento e definir as propostas para o ano seguinte.

No Congresso de Brasília, iniciou-se o processo de avaliação e análise do movimento, que continuou ainda por alguns meses, ao cabo dos quais as lideranças das associações de residentes chegaram à conclusão de que eram inquestionáveis a importância das conquistas e da experiência adquirida e o crescimento político do movimento em sua luta reivindicatória.

No entanto, não era menos evidente para as direções dessas associações que o eixo condutor de toda a mobilização dos residentes estava primordialmente no aumento salarial. A campanha pelos cinco salários mínimos fora eminentemente econômica e, portanto, dever-se-iam envidar esforços para obter idêntico nível de participação aliado à conscientização política num próximo movimento. Deste modo, as associações achavam desejável tentar canalizar todo o potencial de combatividade até ali demonstrado para garantia e incorporação de mecanismos que tornassem duradouras e definidas as conquistas obtidas. Desse modo, essa análise programava para o movimento, no ano seguinte, a luta pelos di

reitos didáticos e trabalhistas.⁽¹⁾ Assim, seguindo recomendações formuladas desde o Congresso de Olinda e reforçadas pela avaliação produzida em Brasília, a partir do final de 1978⁽²⁾ inicia-se, em novos moldes, a campanha pela carteira assinada, sem as ilusões da via jurídica e contando com a experiência de uma greve bem-sucedida.

Havia indícios, portanto, de um movimento ainda maior do que o anterior. Fortalecendo essa possibilidade, havia ainda o fato de que, no início de janeiro, foi julgado o primeiro dos processos que então tramitavam na Justiça do Trabalho⁽³⁾ relativos ao reconhecimento do vínculo empregatício, e os juízes, por unanimidade, consideraram a ação procedente. Esse reforço legal veio sedimentar a proposta de reconhecimento imediato das questões reivindicadas pelos residentes. Assim, além da intensa divulgação junto à opinião pública com que o movimento dos residentes vinha contando desde Olinda, aparentemente a lei estava a seu favor.

(1) "Editorial", jornal Sensu lato (publicado pela ANMR), nº 1, agosto setembro de 1978, p.1. "Torna-se vital ampliar a discussão ideológica e política em todos os níveis para que todos tenham acesso à definição dos rumos e passos do movimento. Só assim poderemos contar com uma participação consciente e democrática. À ANMR caberá a importante tarefa de unificar o movimento a nível nacional. A conquista da regulamentação didática e trabalhista que diz respeito a todos os residentes será feita através da discussão e mobilização, em cada hospital.

(2) A reunião em que se definiu o reinício da campanha pela carteira assinada foi a dos representantes da ANMR realizada em novembro de 1978 no Rio de Janeiro.

(3) A argumentação dos advogados dos médicos residentes, acatada no julgamento, era pelo enquadramento dos mesmos na lei nº 3.999/61 da CLT. Esta lei define o salário mínimo dos médicos.

Já em fevereiro de 1979, os residentes do Hospital da Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) enviaram ofício à direção do hospital pedindo que fossem incluídas as cláusulas trabalhistas em seus contratos. No Rio de Janeiro e em outros Estados, a discussão sobre o direito à carteira de trabalho ganhara maior dimensão e os jornais voltaram a abrir espaço para a polêmica, já antevendo nova possibilidade de greve.

De fato, tudo indicava que o processo estava prestes a ser deflagrado. Em reunião do conselho de representantes da ANMR,⁽¹⁾ deliberaram-se a elaboração de um documento, em forma de abaixo-assinado, para ser entregue ao governo no dia seguinte ao feriado comemorativo de 1º de maio e a recomendação de uma intensa atividade dos médicos residentes em todo o país nas comemorações do Dia do Trabalho.⁽²⁾ Em caso de o governo não se pronunciar diante daquele memorial, ao cabo de dez dias seria deflagrada uma greve nacional. Os dias se passaram, e não houve resposta. A greve não se iniciou de imediato mas, com o passar dos dias, primeiro o Rio de Janeiro, depois São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco foram aderindo

(1) Essa foi a segunda reunião do conselho de representantes na gestão 1978/1979 da ANMR, realizada no Rio de Janeiro nos dias 6, 7 e 8 de abril de 1979.

(2) ANMR, Resolução da II Reunião do Conselho de Representantes da ANMR, Rio de Janeiro, 6 a 8 de abril de 1979, mimeo. "... deverá ser entregue em Brasília um documento nacional assinado por todos os médicos residentes do país exigindo a assinatura da carteira de trabalho". (...) "A luta pela carteira assinada deve ser entendida como a tomada de consciência do residente como trabalhador. Na perspectiva de fortalecer essa consciência, vinculando concretamente a luta dos residentes com o do conjunto de trabalhadores assalariados, o CR conclama os residentes a participarem das festas do Dia do Trabalhador, organizadas pelos sindicatos, ou em manifestações de posicionamento dos MR como trabalhadores".

e confirmando a promessa de paralisação⁽¹⁾. Novamente ocorreu o colapso nos hospitais, ratificando definitivamente a importância dos residentes para o atendimento.

As avaliações então mais correntes detectavam, e parte de alguns dos representantes de órgãos do governo na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)⁽²⁾ e em particular do secretário executivo da CNRM, uma preocupação e mesmo um empenho no sentido de resolver de forma breve o impasse. Apesar dos muitos esforços para tentar desviar a questão para o aspecto legal (justeza ou não da carteira assinada), alguns membros da comissão tinham consciência de que ela continha inúmeras implicações de outra ordem e, por esse motivo, sua resolução seria eminentemente política, e não jurídica: diminuir a grita dos residentes significaria também aplacar o emergente movimento dos médicos, em processo de retomada dos sindicatos, e que tinha nos residentes seu grande exemplo.

(1) Ver principalmente em: O globo, "Médicos residentes do Estado decretam greve", 19 de maio de 1979; O Estado de São Paulo, "Residentes do HC perderão bolsas", 18 de maio de 1979; Jornal do Brasil, "Médicos de 16 Estados param por carteira assinada", 22 de maio de 1979; Diário de Natal, "Residentes reiniciam movimento", 20 de julho de 1979, p. 11; A Tarde, "Residentes só retornam com documento assinado", Salvador, 27 de junho de 1979, p. 3.

(2) Participavam da Comissão Nacional de Residência Médica as seguintes entidades, cada uma com um representante, num total de 10 membros: secretário-executivo da CNRM (na época Dr. Carlos Marcílio); representante do Ministério da Saúde, representante do Ministério da Previdência e Assistência Social; representante do Estado-Maior das Forças Armadas; representante do Conselho Federal de Medicina; representante da Associação Brasileira de Educação Médica; representante da Associação Médica Brasileira; representante da Associação Nacional de Médicos Residentes; representante da Federação Nacional dos Médicos.

A saída para o impasse foi acatar a proposta da CNRM de criar uma comissão interministerial com o propósito de elaborar uma lei especial para os residentes.

O anteprojeto elaborado por essa comissão,⁽¹⁾ embora não mais definisse o residente como estudante sem direitos, discriminava-o ao não lhe garantir os direitos estabelecidos pela lei nº 3.999 de Consolidação das Leis do Trabalho como aos demais médicos. Com a divulgação desse anteprojeto da lei especial e o previsível refreamento do movimento devido à conquista parcial, encerra-se, pelo menos no que diz respeito às características de expressiva

combatividade demonstradas nesse período, o ciclo de luta pela regulamentação didática e trabalhista da residência médica.

* * * *

O breve relato dessa experiência sugere algumas considerações iniciais. Ao se fazer um paralelo entre a luta pelo aumento emergencial para cinco salários mínimos de 1978 e a luta pela carteira assinada de 1979, sem entrar no mérito dos resultados e sucessos obtidos, verificam-se um grau de adesão diferenciado por parte da massa dos residentes a

(1) O texto do anteprojeto da lei especial para o médico residente foi publicado na íntegra na revista *Residência Médica*, destacando-se os seguintes artigos principais: Art. 1 - Residência médica constitui modalidade de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, sob regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde universitária ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Art. 5 - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo no valor mínimo vigente no país. Art. 6 - Ao médico residente serão assegurados: I- benefícios e serviços da Lei Orgânica da Previdência Social. II- repasse anual de 30 (trinta) dias corridos. "Documentos da CNRM", *Residência Médica*, volume 1, nº 2, Brasília, Ministério da Educação e Cultura, 1979.

essas duas lutas e uma evidente diversidade de atitude face a elas por parte não só de outros segmentos da categoria médica (particularmente os professores das faculdades de medicina e os preceptores dos residentes) como também de outros setores da sociedade. Em 1978, mesmo discordando da greve, vários órgãos de imprensa, setores médicos e liberais da sociedade e até mesmo algumas áreas do governo se mostraram, alguns mais outros menos, favoráveis a reivindicação e simpáticos ao movimento, embora muitos desaprovassem a forma de luta escolhida. Em 1979, porém, apenas os setores sociais que tradicionalmente se mostravam solidários para com os movimentos populares, mesmo assim com algumas exceções, apoiaram a causa dos residentes. Por ocasião da segunda greve, até entre os próprios residentes, que é mais grave, a adesão ao movimento se revelou menos consistente, e a greve se desmobilizou logo após a Comissão Nacional de Residência Médica ter enviado àquela comissão interministerial já referida acima a sua Resolução nº 6, um anteprojeto de lei especial para os residentes que reconhecia e recomendava a concessão de alguns direitos trabalhistas ao médico residente. Esse anteprojeto só virou lei em 1981, e com alterações para pior (1).

É certo que em alguns hospitais de certos Estados, como Rio de Janeiro, São Paulo e Ceará, pouco depois, os limitados direitos assegurados no anteprojeto foram concedidos aos residentes, mas não por efeito de qualquer compromisso que

(1) A lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981, publicada no Diário Oficial da União em 9 de julho de 1981, conhecida como "lei especial do médico residente", estipula no seu artigo 4º: "Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo de valor equivalente ao vencimento inicial da carreira de médico, de 20 (vinte) horas semanais do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP, paga pela Instituição, acrescida de um adicional de 8% (oito por cento) a título de compensação previdenciária, incidente na classe da escala de salário-base a que fica obrigado, por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social."

houvesse precedido o fim da greve. É forçoso admitir, portanto, que a segunda greve se encerrou com uma vitória, digamos assim, parcialíssima, muito inexpressiva se comparada aos resultados do movimento anterior.

É claro que a avaliação de tudo isso implica uma análise complexa do momento político geral, dos sucessos e insucessos dos outros movimentos então envolvidos em lutas sociais, das características daquela fase do processo de "abertura política", que ensaiava seus primeiros passos, e finalmente da questão sempre presente da correlação de forças.

Um aspecto importante dessa correlação de forças para este trabalho é a adesão e a coesão dos residentes em torno da proposta e da própria perspectiva para o movimento que lhes era apresentada naquele momento pelas direções dos residentes.

É muito difícil produzir apoio bibliográfico ou prova documental para caracterizar certas situações como a que desejo expor aqui - a menor participação ou a adesão recalcitrante dos residentes à formulação produzida e apresentada ao conjunto pela parcela mais ativa do movimento por ocasião da segunda greve mesmo porque em geral as avaliações e análises que se fazem ao fim dos movimentos, inclusive nos momentos de recuo, tendem a hipertrofiar as mais modestas conquistas parciais, a agarrar-se ao inevitáveis "ganhos de organização", nem sempre escapando a um certo triunfalismo quase sempre injustificado. Não quero dizer que tenha sido esse o caso do movimento dos médicos residentes de 1979; de qualquer modo, porém, foi impossível encontrar entre o material escrito da época - documentos, editoriais do jornal dos residentes etc., qualquer apoio para o argumento que proponho a seguir.

O fato é que para os que, como eu, tinham ativa participação na direção do movimento - e aqui, na ausência de apoio bibliográfico e prova documental, valem a minha experiência e a minha prática - ficou clara uma nítida mudança de postura dos residentes com relação ao seu movimento. Era evidente que deve ter interferido algum fato relevante que motivasse essa nova atitude, principalmente se considerarmos que as reivindicações da greve de 1979 constituíam, em mais de um sentido, complementos de conquistas já parcialmente obtidas.

Como explicar essa dificuldade do conjunto dos médicos residentes para levar adiante uma proposta que, no essencial já estava formulada desde o Congresso de Olinda? Ou melhor, como explicar a dificuldade de se identificar com a visão geral e a argumentação de fundo que embasava as propostas e reivindicações concretas do movimento, que podem ser resumidas na frase "Médico residente é trabalhador assalariado" e foram amplamente difundidas no profuso material de propaganda, nos jornais da ANMR (seis números foram publicados no período), nas entrevistas concedidas por membros da diretoria da Associação à grande imprensa etc. Um primeiro passo para chegar a essa explicação é procurar examinar rapidamente essa visão geral e essa argumentação de fundo proposta na época, pela parcela mais avançada do movimento, ao conjunto dos residentes.

* * * *

Até o Congresso de Olinda realizado em 1977, a ANMR tinha suas preocupações voltadas quase que exclusivamente para os aspectos da residência referentes ao ensino, como se po

de constatar nas intervenções de seus representantes nas reuniões da ABEM até 1976⁽¹⁾.

No Congresso de Olinda, verifica-se uma importante mudança de ênfase e mesmo de natureza nos objetivos e reivindicações dos médicos residentes, com a introdução da luta pelo direito trabalhista. Mas é somente após as greves de 1978 que slogans expressando mais claramente essa luta começam a ser publicamente assumidos: "Todo médico residente é um assalariado, tem o direito de exigir carteira assinada pelo patrão"⁽²⁾. Apesar de esta questão já ter sido colocada

no movimento dos residentes desde as primeiras greves, não teve, nessa etapa, maior ressonância por força do caráter eminentemente econômico dessa primeira luta, cuja ênfase recaiu basicamente no aumento emergencial para cinco salários mínimos, por sinal obtidos, ou quase.

No segundo semestre de 1978 e nos primeiros meses de 1979, porém, é possível observar uma mudança de qualidade no discurso produzido nas resoluções das reuniões do conselho de representante da ANMR, nos editoriais e matérias do jornal Sensu lato, publicado pela ANMR a partir de agosto de 1978, e nos demais textos de propaganda e preparação das lutas de 1979. Tendo como centro tático a obtenção da carteira assinada, as propostas de luta não se limitam mais a uma orientação economicista. O discurso produzido pela parcela avançada do movimento, organizada na diretoria nacional da ANMR, nas diretorias das associações estaduais de residentes, nos conselhos de representantes e nas associações hos

(1) Cf. exposição de José Marcio de Almeida e Hélio Arthur Bacha nas reuniões da ABEM dos anos de 1974 e 1975, respectivamente.

(2) Sensu lato, nº 6, março-abril, 1979, p. 2.

pitalares de base põe em evidência a condição de trabalhador assalariado do médico residente. As resoluções da II Reunião do Conselho de Representantes da ANMR, realizada nos dias 6, 7 e 8 de abril de 1979, são eloquentes quanto à incorporação, pelo movimento de residentes, de valores próprios a um movimento da classe trabalhadora: "A luta pela carteira assinada deve ser entendida como a tomada de consciência do residente como trabalhador. Na perspectiva de fortalecer essa consciência, vinculando concretamente a luta dos residentes assalariados, o CR conclama os residentes a participarem das festas do Dia do Trabalhador, organizadas pelos sindicatos, ou em manifestações de posicionamento dos MR como trabalhadores".(1)

Mais ainda, transparece da documentação produzida na época pela ANMR a busca de uma sintonia com os movimentos sociais então emergentes, particularmente os movimentos dos trabalhadores da indústria. Essa orientação é explícita nitidamente, por exemplo, nos relatórios dos congressos de 1978 e 1979, em páginas inteiras de alguns números do jornal Sensu Lato dedicadas a notícias e análises de outros movimentos de trabalhadores (2) e entrevistas concedidas por lideranças do movimento como, por exemplo, a de João Caramez, presidente da Associação Gaúcha de Médicos Residentes (AGMR), publicada no terceiro número do jornal Sensu Lato "No ano passado, a gaúcha juntou-se aos sindicatos para elaborar um documento reivindicando uma série de questões específicas do trabalhador e conseguiu, assim, um respaldo

(1) Resoluções da II Reunião do Conselho de Representantes da ANMR, abril de 1979, mimeo.

(2) Cf., por exemplo, Sensu Lato nº 6, março-abril de 1979, a matéria da última página intitulada: "Greve dos metalúrgicos - lições do ABC".

muito grande nessas associações populares. Desde então, te mos intensificado essas atividades, e fomos até convidados no ano passado para a posse do Lula"(1)

Para além da identificação do médico como trabalhador e da aproximação com os outros movimentos das classes trabalhadoras, que por si só não significariam a superação dos limites da luta puramente reivindicatória, nas formulações do movimento de residentes nessa etapa influem não só a preocupação em difundir entre os residentes uma visão crítica dos grandes problemas da situação da saúde da população e das políticas de saúde do governo como o empenho em associar a luta dos residentes às lutas propriamente políticas que então se desenvolviam pela democracia, pela anistia, pela Constituinte etc.

Nesse sentido, as propostas de políticas de saúde apresentadas nos documentos da ANMR traduzem uma perspectiva que é nitidamente a do médico assalariado que atribui a responsabilidade fundamental da assistência médica ao Estado, o grande empregador: "Saúde não é caridade, é dever do Estado" (2). Boa indicação disso pode ser dada pelas palavras de ordem enumeradas no relatório final do XIV Congresso da ANMR, realizado em Fortaleza em julho de 1979: "Por uma política nacional de saúde que atenda às reais necessidades da população. Por um atendimento médico público e gratuito para todos, prestado diretamente pelo Estado. Contra a mercantilização da medicina. Contra as empresas médicas. Pela participação efetiva e democrática da população em todas as decisões que dizem respeito à Saúde" 3.

(1) Sensu lato, nº 3, outubro - novembro de 1978, pag. 4.

(2) Manchete da primeira página de Sensu lato, nº 3, out-nov. de 1978.

(3) Relatório final do XIV Congresso da ANMR, Sensu lato ano 2, nº 7, pp. 4 e 5.

O empenho em associar a luta dos residentes às lutas propriamente políticas que então se desenvolviam expressa-se claramente no espaço reservado nos jornais da ANMR a tais questões. O segundo número de *Sensu lato*, por exemplo, reserva suas duas páginas centrais a uma grande matéria intitulada "Por isso é hora de todo mundo pedir pela ANISTIA!"¹ No editorial do primeiro número desse jornal leem-se as seguintes palavras: "À ANMR caberá a importante tarefa de unificar o movimento a nível nacional. A conquista da regulamentação didática e trabalhista que diz respeito a todos os residentes será feita através da discussão e mobilização em cada hospital, com o que obteremos vitórias progressivas. O mesmo se dará com relação às grandes bandeiras do movimento nacional pela democratização do país: anistia, fim dos atos e aparelhos repressivos, organização partidária, Constituinte, eleições diretas - exigências que mobilizam hoje toda a sociedade brasileira"²

Esse aspecto, talvez, mais que os outros é o que traduz o caráter da proposta então dominante no movimento: inserir a luta dos residentes no conjunto das lutas dos setores economicamente explorados e/ou policamente oprimidos da sociedade brasileira, fazendo ressaltar uma dimensão política de luta de classe própria do movimento, entendido no contexto das profundas transformações das relações sociais na organização da prática médica decorrentes da expansão do assalariamento.

Essa orientação de luta social e política, clara e explícita no discurso do movimento, não se afirmava porém em de-

(1) *Sensu lato*, nº 2, setembro-outubro de 1978, pp. 4 e 5.

(2) "Editorial", *Sensu lato*, nº 1, agosto-setembro de 1978, p. 1.

trimento de uma compreensão adequada da especificidade da condição dos residentes, a um só tempo estudantes e profissionais, alunos em formação e médicos em especialização. Aquilo que, na linguagem própria ao movimento na época, se convencionou chamar de "questão didática" sempre apareceu entre as reivindicações da ANMR no período das greves, tendo constituído, inclusive, um dos itens com relação aos quais se obtiveram algumas vitórias.

A preocupação com a "questão didática" esteve muito presente para a ANMR desde os primórdios da entidade. Na reunião da ABEM no ano de 1971, o presidente da ANMR, Cid Jayme Carvalhaes,⁽¹⁾ já mostrava sua apreensão com a baixa qualidade de ensino proporcionado pelos programas de residência em alguns hospitais e propunha como medida com vistas a enfrentar esse problema aquilo que, aliás, haveria de ser por muitos anos o carro-chefe das reivindicações da ANMR: a constituição de uma comissão com a finalidade de credenciar e fiscalizar os hospitais que desenvolvessem atividades de residência médica.

No período pós-Olinda, e mais particularmente nos anos de 1978 e 1979, essa reivindicação, ao lado da dos direitos trabalhistas e demais postulações de caráter mais político compõe o elenco das campanhas do movimento dos residentes. No ano de 1978, uma das lutas travadas dizia respeito a problemas didáticos: posicionava-se contra a proposta da Associação Médica Brasileira (AMB) de implantar um exame de habilitação após a conclusão do curso médico, ficando o

(1) Cid Célio Jayme Carvalhaes, "Residência médica", Anais da X Reunião da ABEM, João Pessoa, 9 a 12 de setembro de 1972.

exercício da profissão pelo médico condicionado à aprovação nesse exame. A campanha desenvolvida pela ANMR foi um dos elementos que dificultaram a implementação e impossibilitaram a efetivação dessa proposta.

Outra luta importante nessa linha se refere à questão da concessão do título de especialista pelas sociedades de especialistas⁽¹⁾ que, com o boicote à prova da Sociedade de Pediatria promovido pelos residentes do Paraná, ganhou repercussão nacional,⁽²⁾ tendo esse boicote constituído um marco importante dessa luta. Mas a grande vitória em termos de conquista efetivamente adquirida em decorrência de iniciativas da ANMR foram as deliberações da CNMR referentes à sistemática de credenciamento, conhecidas como Resolução nº4, que entre outros itens, estabeleceu os requisitos mínimos para as instituições hospitalares desenvolverem programas de residência médica: relação de número de residentes por preceptor, tempo máximo da jornada de trabalho, critérios de seleção, qualificações necessárias para as instituições, concessão de férias regulares etc⁽³⁾.

* * * *

A meu ver, é preciso buscar a explicação da resposta menos expressiva do conjunto dos residentes à segunda greve organizada pelo movimento além dos problemas relativos a essa

-
- (1) Cf. os seguintes artigos: "O título de especialista é uma questão de justiça", Sensu Lato, nº 3, setembro-outubro de 1978, p. 3; "Contra o monopólio do mercado especializado", Sensu Lato, nº 4, janeiro de 1979, p. 3.
 - (2) "Residência e o título de especialista", Sensu Lato, nº 4, janeiro de 1979, p. 3.
 - (3) Sensu lato, nº 5, fevereiro de 1979, p. 7.

própria organização, às relações entre a liderança e o conjunto, ao jogo feito pelas autoridades públicas, enfim, a quaisquer fatores que digam respeito às circunstâncias do momento ou à forma de condução da greve em sua preparação ou durante o tempo que durou.

Minha suposição é de que é preciso ir buscar essa explicação num confronto entre a natureza e o alcance da proposta da parcela avançada do movimento, que se procurou caracterizar brevemente nas páginas anteriores, e a resistência da ideologia ⁽¹⁾ liberal da medicina, profundamente presente na formação e nos projetos da grande maioria dos médicos residentes. Isso vale dizer: entre a realidade do assalariamento e o sonho do consultório particular.

A ideologia liberal da medicina, bem como a dissolução e transformação das relações sociais que a fundamentam, têm sido discutidas com bastante profundidade na bibliografia produzida recentemente no Brasil, que busca entender a inserção da prática médica na sociedade ⁽²⁾. Onde se produz, para o residente, o ideal de autonomia, tão bem concretizado no projeto do consultório particular? Com certeza nas concepções socialmente vigentes de valorização da medicina como profissão capaz de assegurar a ascensão social ou a reprodução de um status social já existente na família. Mas, sobretudo, num certo tipo de instituição: a escola médica. Quando se procurou estudar a ABEM, ou seja, o discurso dos professores das escolas médicas, tinha-se como objetivo cap

(1) Ver, sobre o conceito de ideologia, dissertação de minha autoria de conclusão de mestrado, no qual faço referência, no capítulo I, p. 64, nota 50.

(2) Maria Cecília DonnangeIo, por exemplo, associa essa modalidade de inserção nas relações sociais ao trabalho artesanal, valendo-se para isso de uma citação de Wright Mills sobre o ideal de artesanato. (Medicina e sociedade, São Paulo, Pioneira, 1975, p. 129.)

tar a influência, o peso, o poder dessa instituição na transmissão das ideologias médicas e, em particular, da ideologia hegemônica na entidade, pois é sabido que o discurso liberal ainda se mantém porque preenche uma função importante: preservar, no universo ideológico do médico assalariado, o ideal da autonomia, ainda que esta constitua concretamente uma perspectiva remota.

* * * *

Uma das questões a ser levantada diz respeito à influência que os professores exerceram sobre os dois movimentos grevistas dos médicos residentes, de modo a se tentar perceber sua magnitude enquanto determinante que levou movimentos de características similares a níveis de adesão tão diversos.

De imediato, pode-se descartar a possibilidade de que a ABEM tenha exercido algum tipo de influência no sentido de fazer com que os professores se posicionassem contrariamente às reivindicações dos residentes. Em primeiro lugar, podemos ver que a ABEM não possui grandes vínculos orgânicos, influência e liderança tão ativa nas escolas. Em segundo lugar, em sua atitude sistemática de não se distanciar dos docentes, desde o primeiro movimento a ABEM, evitou endossar qualquer tipo de posição, tanto mais que havia um número significativo de professores que não apenas prestava sua solidariedade como considerava justo o movimento.

É preciso ter em conta o fato de que muitos professores que tinham um contato mais estreito com os residentes, por suas funções docentes de acompanhamento de atividades cotidianas destes, eram justamente os professores mais jovens, em geral assalariados das universidades e hospitais, que, em sua maioria, se identificavam com os movimentos médicos e de-

mais movimentos sociais que se esboçavam no período, ou pelo menos a eles não se opunham. Os médicos de maior projeção, bem-sucedidos na prática liberal, são em sua maioria chefes dos serviços e, portanto, têm um contato bem menos frequente com os residentes, exercendo desse modo influência bem menor do que a dos preceptores mais jovens.

Assim, por ocasião do primeiro movimento, tanto esses professores mais ligados aos residentes por sua condição e proximidade no trabalho quanto os outros testemunharam um apoio que tinha muito de compreensão paternalista para com os residentes, que reivindicavam apenas um reajuste da remuneração para valores perfeitamente aceitáveis pelas direções dos hospitais. No entanto, quando foram colocadas, ao lado desta reivindicação, as várias mazelas do sistema de saúde e se pôs a nu a exploração do trabalho do residente pois, com a greve, tornou-se patente a importância da força de trabalho dos residentes no sistema de atendimento - certamente muitos professores não tiveram condições para absorver a atitude dos grevistas, acimada de rebelde e incompatível com a dignidade da profissão.

É certo que, por ocasião do segundo movimento, em que se lutava pela regulamentação das conquistas da primeira greve, surgem novos elementos na relação entre os grevistas e o professorado. Houve os mais comezinhos; por exemplo os atendimentos de pacientes e os plantões noturnos, atribuições dos residentes, foram durante a primeira greve assumidos pelos professores com certo espírito de colaboração (só que a repetição dessa carga adicional de trabalho não estava nos planos dos docentes). Assim também houve os que traduziam um paternalismo desaprovador: alguns professores consideravam que os residentes já tinham sido vitoriosos no

ano anterior e, talvez por serem jovens, queriam tudo com rapidez. Relembravam aos jovens residentes suas próprias experiências de internship vividas na América do Norte como um período de sacrifício e dificuldades, aconselhando-os a que se contentassem com as conquistas já obtidas.

Para outros professores, porém, a repetição daquela série de denúncias e a volta dos médicos para as páginas dos jornais, ao lado dos metalúrgicos, bancários e outras categorias assalariadas que, no momento, faziam greve, trariam enorme desgaste para a reputação da profissão, maculando ainda mais a medicina, que, naquele período, sofria uma campanha de grande descrédito por parte da imprensa, que chamava os médicos de "máfia de branco".

O somatório dessas atitudes e situações que procuramos esboçar, mesmo não sendo, por si próprio, capaz de explicar a diferença de postura de médicos e professores com relação ao primeiro e segundo movimentos, teve um peso relativo, na medida em que tais atitudes e situações traduzem uma carga significativa de noções, concepções, valores relativos à profissão, hierarquia, educação etc.

Não é portanto por essa via direta do contato professor - aluno na situação concreta da greve que se deve pensar a influência da escola sobre a resistência do residente à proposta do movimento. Mesmo assim, permanece o nosso problema central: houve algo que, num dado momento, fez com que a imensa maioria dos residentes optasse por parar para refletir se valeria a pena continuar com a luta. Talvez fosse mais seguro concluir a residência, prestar concurso para obter o título de especialista e ingressar no seleto grupo de médicos membros das sociedades especializadas, um dos caminhos para tornar-se um médico bem-sucedido. Mesmo

com a mudança da organização da prática médica, que restringe, nos dias atuais, a uma parcela diminuta a atividade privada, ela existe, e sempre é possível nela encontrar um lugar. Há uma fatia de talvez 5% no mercado dos grandes centros reservada ao médico liberal⁽¹⁾. E por que não buscar ser um deles?

O enraizamento dessa perspectiva entre os médicos é tão forte que vem crescendo, nos últimos anos, uma nova modalidade de "liberais", a que podemos chamar "neoliberais"- médicos que trabalham em seus consultórios particulares, mas cujos clientes são associados de seguros de saúde⁽²⁾. Quem estipula o preço e as condições de tratamento não é o médico, mas a empresa, e ao médico resta apenas a preservação do seu grande valor: o consultório particular. E a ilusão da autonomia.

Afinal, a possibilidade de ser livremente escolhido pelo paciente e de determinar seus próprios padrões gerais de relacionamento com ele ainda desempenha sobre o médico um fascínio incomum, que sustenta inclusive a concepção de que essa forma de trabalho é intrínseca à preservação dos princípios éticos e ao próprio exercício da profissão.

A experiência histórica do movimento dos residentes no final da década de 1970, porém, revelou a permanência e assimilação eficaz desse conjunto de concepções com relação à parcela mais ampla da categoria. Assim, a permanência da ideologia liberal representou um obstáculo objetivo ao pro

(1) Jane de Araújo Oliveira, *O trabalho médico no Rio de Janeiro*, dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1980.

(2) A expressão "neoliberais" não é encontrada na literatura sobre essas questões. Forjamo-la aqui para qualificar a nova situação produzida pelas transformações recentes do mercado de trabalho médico em nosso país.

jeto orgânico de uma associação de profissionais que buscava cumprir um papel adequado às transformações sociais em curso, pois pode-se dizer que a ANMR e a organização de base que a sustentava, naquele período, expressaram, no plano da ideologia e da política, as novas relações sociais de correntes da expansão capitalista na produção de serviços médicos.

Esse projeto encontrou seu limite na permanência da ideologia liberal. Embora se restrinjam cada vez mais as bases econômicas e sociais dessa ideologia liberal médica, dadas pelo trabalho autônomo e "artesanal",¹ e avance o processo de transformação das relações de trabalho médico no sentido do assalariamento, a ideologia liberal resiste com grande vigor.

* * * *

Este trabalho se refere a um período recente, porém passado. Tudo leva a crer que o perfil ideológico das novas gerações de médicos deverá ser bastante diverso do que prevaleceu na década anterior. Os mais desatentos, a própria organização da prática médica se encarregarão de informá-los.

(1) No sentido desenvolvido por Maria Cecília Donnangelo, nas páginas 126 a 130 do seu livro *Medicina e sociedade*, op. cit.

4

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE;
DA DESCOBERTA DO BACILO AOS NOSSOS DIAS

MARIA LUCIA F. PENNA

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: DA DESCOBERTA DO BACILO AOS NOSSOS DIAS

MARIA LUCIA F. PENNA *

RESUMO

O artigo apresenta uma revisão histórica do impacto do desenvolvimento técnico-científico nas estratégias de controle da tuberculose. Durante todo o período abordado a redução da transmissão é o alvo principal das ações de controle, permanecendo vivo o debate sobre a possibilidade de modificar a tendência do problema através de ações exclusivamente na área médica.

A tuberculose foi a principal causa de morte no século passado e no início deste século em várias partes do mundo. O decréscimo do problema se inicia antes das principais descobertas científicas na área, embora não caibam dúvidas quanto ao grande impacto na letalidade provocado pela introdução da quimioterapia. Como exemplo citamos a situação dos EUA neste século, onde a diminuição da mortalidade por tuberculose contribuiu com 16,4% da queda glo

* Professora assistente do Departamento de Epidemiologia - Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

bal da mortalidade entre 1900 e 1973, sendo que apenas 8,4% deste decréscimo ocorreram após o advento do tratamento específico, ou seja, a redução do coeficiente de mortalidade por tuberculose participou de forma importante no aumento da esperança de vida, embora grande parte desta contribuição seja anterior à existência de uma intervenção técnica eficaz (1).

Hoje a tuberculose ainda se constitui em problema sanitário relevante em muitos países do mundo, aí se incluindo o Brasil, apesar do grande desenvolvimento técnico-científico sobre o tema desde a descoberta do seu agente etiológico por Robert Koch há mais de 100 anos.

A DESCOBERTA DO BACILO

A descrição do bacilo marca o aparecimento de uma concepção desta doença que persiste até os nossos dias. Se hoje podemos dizer que a tuberculose é conhecida desde os antigos gregos (2), na nosologia do século XVIII não encontramos como uma única entidade e sim incluída em várias categorias diferentes como entre as pirexias, inflamações locais e caquexias (3). A tuberculose enquanto doença particular surge como consequência das investigações histopatológicas do início do século XIX, com Laennec, em 1819, evidenciando o tubérculo como seu substrato, comum a todas as formas da doença, e Schönlein, em 1839, forjando o termo tuberculose (4).

-
- (1) MCKINLAY, J. B. & MCKINLAY, S.M. The questionable contribution of medical measures on the decline of mortality in the United States in the twentieth century. In: WILLIAMS, S.J. (Org.) *Issues in Health Services*. New York, John Miles and Sons, 1980. pp. 3-16.
- (2) SAKULA, A. Robert Koch: Centenário del descubrimiento del bacilo tuberculoso - 1882. *Bol. Un. Int. Tuberc.* 57 (2): 111-117, 1982.
- (3) MAC MAHON, B. & PUGH, T. F. *Epidemiology - Principles and Methods*. Boston, Little, Brown and Co., 1970.
- (4) SAKULA, A. Robert Koch: Centenário del descubrimiento del bacilo tuberculoso - 1882, *Bol. Un. Int. Tuberc.* 57. op.cit.

A descoberta do *Mycobacterium tuberculosis* tem como consequência a redefinição das manifestações clínicas e das formas de apresentação da doença, a partir da presença ou não do bacilo nas lesões, o que é enfatizado por Koch (1882)⁽¹⁾ no mesmo documento em que descreve o *M. tuberculosis*. Na verdade, os estudos microbiológicos da segunda metade do século XIX reorganizaram a nosologia médica, constituindo categorias nosológicas definidas por sua própria etiologia. Já não são suas manifestações clínicas, nem tampouco o achado histopatológico do tubérculo, que permitem reconhecer a tuberculose, e sim a presença do bacilo. Existe, portanto, uma nova entidade nosológica, que, embora se sobreponha fortemente à "tuberculose anterior ao bacilo", não possui os mesmos limites desta última.

A literatura médica anterior a esta data evidencia a existência de uma outra delimitação da doença como vemos em Teixeira (1870),⁽²⁾ em seu comentário sobre o fato de a tuberculose pulmonar ser a primeira causa de mortalidade na cidade do Rio de Janeiro:

"É tempo de dizer que acreditamos que nem todos os casos inscriptos sob o nome de tuberculosis pulmonares são dependentes desta diatthese; muitos são por conta da tísica caseosa." (grifo nosso)

A preocupação de determinar critérios para avaliar as relações causais entre agentes infecciosos e doenças sur

(1) KOCH, R. Die Aetiologie der Tuberculose. *Berliner Klinische Wochenschrift*, XIX, 221, 1882. (tradução para o espanhol, *Bol. Un Intern. Tuberc.* 56 (3-4): 95-109, 1981).

(2) TEIXEIRA, J.M. Mortalidade na cidade do Rio de Janeiro. (Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro), Typografia Central de Brown e Evaristo, 1970.

ge com Henle em 1840, formulando conceitos que são mais tarde desenvolvidos por Koch que os apresenta em confe
rências em 1884 e 1890. Estes conceitos são conhecidos como postulado de Henle-Koch ⁽¹⁾, contendo três condições que devem ser preenchidas para atribuir-se a etiologia de uma doença a um determinado microrganismo. Quando o *M. tuberculosis* foi descrito como agente causal da tu
berculose no entanto, esta doença passou a ser reconhecida pela presença do bacilo, preenchendo automaticamente as duas primeiras condições do postulado, restando por
tanto como critério único a reprodução experimental da doença em laboratório.

A tuberculose, redefinida a partir do bacilo, passa a ser **por definição** "doença causada pelo bacilo de Koch".^(2,3)

Koch anuncia sua descoberta como uma refutação definitiva de que a tuberculose fosse uma das manifestações da miséria social, propondo um objetivo específico para a luta contra a doença - o combate ao bacilo - e não mais um objetivo vago como seria a melhoria das condições de

(1) a) O parasita ocorre em todo caso da doença em questão, e sob cir
cunstâncias que permitem contribuir para alterações patológicas e curso clínico da doença.

b) Ele não ocorre em nenhuma doença como um parasita fortuito ou não patogênico.

c) Após ser completamente isolado do organismo e cultivado repeti
damente em culturas puras, ele pode induzir a doença de novo.

KOCH, R. Uber bakteriologische Forschung. In: **Verh. X Int. Med. Congr. Berlin, 1890.** p. 35, 1892. (citado por A. S. EVANS, *Causation an disease: the Henle-Koch postulates revised.* **Yale J. Biology Med.** 49: 175-195, 1976).

(2) FERREIRA, A.B.H. **Novo dicitbnário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.

(3) Não pretendemos aqui discutir a questão da causalidade de doenças em geral ou da tuberculose em particular, mas apenas apontar como a descoberta microbiológica de Koch modificou a concepção da doença e de sua determinação, o que se refletirá, como veremos, nas estratégias de controle.

vida da população em geral (1). Mas, para muitos, como Virshow, que concebiam a saúde e a doença como um fenômeno social, não era possível reduzir a causa da tuberculose a um microrganismo (2). Mesmo existindo a favor desta última concepção a evidência dada pela distribuição da tuberculose na população, atingindo preferencialmente os miseráveis das áreas urbanas, e apesar das dúvidas expressas pelo próprio Koch (1882) sobre os fatores que favoreceriam o aparecimento da doença, já que ele corretamente supunha que praticamente todos os moradores em áreas urbanas entravam em contato com o bacilo em alguma etapa de sua vida, é a concepção da tuberculose como causada por uma micobactéria que se torna hegemônica e orienta tanto o desenvolvimento do conhecimento quanto as estratégias de controle.

Os novos conhecimentos geraram imediatamente propostas de medidas de controle cujo foco principal era evitar ou minimizar a transmissão do *M. tuberculosis*, baseadas em hipóteses então formuladas, e mais tarde confirmadas, sobre os mecanismos de contágio: transmissão direta por via respiratória e indireta pelo ar, sendo a porta de entrada mais comum o trato respiratório, e a fonte de infecção doentes cujo escarro contenha o bacilo (3).

As primeiras ações de controle postas em prática eram inespecíficas, como o tratamento dos pacientes baseado em dieta e repouso e medidas preventivas visando a reduzir a transmissão através de educação em saúde envolven

(1) SAKULA, A. Robert Koch: Centenário del descubrimiento del bacilo tuberculoso - 1882. *Bol. Un. Int. Tuberc.* 57 (2):111-117, 1982.

(2) ROSEN, G. O que é a medicina social? Uma análise genérica do conceito. In: Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro, Graal, Cap. IV, 1980. pp. 77-142.

(3) SAKULA, A. Robert Koch: Centenario del descubrimiento del bacilo tuberculoso - 1882. *Bol. Un. Int. Tuberc.* 57, op.cit.

do o paciente e sua família, como orientações quanto ao cuidado com o escarro infectante, quanto à aeração e iluminação natural das moradias, com o objetivo de diminuir a transmissão indireta, e o isolamento hospitalar ou domiciliar das formas "abertas", isto é, aquelas onde era possível evidenciar a presença do bacilo no escarro. Para que tais medidas preventivas fossem factíveis, era necessária a criação de dispensários que assegurassem o diagnóstico das formas "abertas" através da baciloscopia de escarro, e também a criação de um serviço de vigilância domiciliária dos tuberculosos, com a função de garantir a adoção das normas de higiene então recomendadas, nas casas dos doentes.

No Brasil, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, fundada em 1899, já defende a adoção no país das medidas profiláticas e de tratamento descritas acima para "a luta científica, metódica e prolongada contra a tuberculose"⁽¹⁾, mas é apenas em 1923 que é criada, no Departamento Nacional de Saúde Pública, a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose para ação no Distrito Federal (decreto 16.300 de 31.12.1923, art. 581), com atribuições que incluem "notificação dos casos, exame bacteriológico gratuito dos escarros para estabelecer o diagnóstico exato da doença e verificar os casos de tuberculose aberta, visita domiciliar e isolamento hospitalar ou domiciliar dos casos" (dec. 16.300, art. 584).

VACINAÇÃO BCG

A primeira medida específica de combate à tuberculose foi a vacina desenvolvida em 1921 por Calmette e Guérin pela atenuação do *M. bovis*, aplicada em massa por via oral em

(1) FUNDAÇÃO ATAULFO DE PAIVA. *Liga Brasileira contra a tuberculose: notas e documentos para sua história*. Rio de Janeiro, Fundação Ataulfo de Paiva, 1985. 372 pp.

recém-nascidos a partir de 1924 na Europa e introduzida no Brasil em 1927.

A vacina BCG foi e é o ponto mais controvertido do combate à tuberculose. As discussões giraram inicialmente em torno de sua inocuidade, como consequência do acidente ocorrido na Alemanha, em 1930, que provocou a morte de 73 crianças devido ao uso de vacina contaminada com bacilos virulentos. A esta discussão logo se agregaram dúvidas quanto à via de aplicação (oral ou intradérmica) e quanto à eficácia da vacina. Estabelecida sua segurança e via de aplicação adequada (intradérmica) por volta de 1945, o BCG-ID é incorporado às ações de controle da tuberculose em diversas partes do mundo⁽¹⁾.

No Brasil, a vacinação oral com a cepa Moreau-Rio de Janeiro em recém-nascidos se mantém durante o período de controvérsia sobre a inocuidade da vacina, que teve como consequência sua não utilização em massa em muitos países até 1945. Este fato provavelmente contribuiu para estabelecer confiança na cepa nacional e na via de aplicação empregada, o que retardou muito a adoção da via intradérmica em nosso país, ocorrida apenas em 1969, quando já nenhum país do mundo utilizava a via oral.

Hoje a vacina BCG-ID já tem seu uso consagrado, embora ainda exista discussão em torno de sua eficácia, devido aos resultados conflitantes dos vários estudos controlados realizados. Algumas hipóteses foram levantadas para explicar tais divergências de resultados: diferença de potência das cepas utilizadas; alta prevalência de infec

(1) CAMARGOS, P.A.M. BCG intradérmico e meningite tuberculosa: risco de adoecimento em crianças não vacinadas verificado através de um estudo epidemiológico. (Tese, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, mimeografada), 1985, 105 pp.

ção por micobactérias atípicas em algumas áreas levando a subestimação do efeito protetor e diferenças metodológicas dos estudos (1). Até 1979, destas hipóteses a mais aceita era a diferença de potência entre as cepas vacinais. O desenvolvimento da técnica de liofilização veio solucionar o problema da variabilidade das características da vacina, pois permite a conservação de cepas através do sistema de seed-lot, substituindo a execução contínua de subculturas, o que tornava o crescimento de mutantes inevitável (2).

Entretanto o último estudo controlado realizado sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde no sul da Índia não mostrou nenhum efeito protetor. Neste estudo foram testadas duas cepas conservadas pelo sistema de seed-lot que se mostravam eficazes nos modelos laboratoriais desenvolvidos para a avaliação da potência da vacina, além de produzirem resposta adequada de hipersensibilidade no homem (3). A única restrição feita ao desenho do estudo é a ausência de métodos adequados para diagnóstico da tuberculose infantil, pois incluía indivíduos de todas as faixas etárias e dava prioridade ao diagnóstico de tuberculose bacilífera, tendo sido, portanto, considerado inconclusivo quanto à eficácia da vacina na proteção de crianças contra formas disseminadas da doença (4).

(1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Vacunación contra la tuberculosis - informe de un grupo científico ICMR/OMS. (Série de Informes Técnicos 651). Ginebra, 1980a.

(2) TENDAM, H.G; TOMAN, K.; HITZE, K.L. & GULD, J. Present knowledge of immunization against tuberculosis. Bull. Wld. Hlth. Org. 54: 255-269, 1976.

(3) TUBERCULOSIS PREVENTION TRIAL, MADRAS. Trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention. Indian J. Med. Res. 72 (Suppl.): 1-74, 1980.

(4) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Políticas de vacunación con BCG - informe de un grupo de estudio de la OMS. (Série de Informes Técnicos 652). Ginebra, OMS, 1980.

A questão da vacina BCG como instrumento para o controle da tuberculose, definido enquanto redução da morbidade em geral a níveis mínimos, nos países de alta prevalência foge na verdade a esta discussão em torno de sua eficácia. Mesmo sob a assunção de uma eficácia vacinal de 80% e duração da imunidade por 15 anos, premissas bastante otimistas, a vacinação em massa ao nascimento evitaria apenas uma proporção muito pequena dos casos infectantes, já que apenas cerca de 2% da tuberculose pós-primária na faixa etária de zero a 14 anos são de formas bacilíferas, sendo, portanto, seu efeito indireto muito pequeno. O impacto sobre a tendência da morbidade por tuberculose teoricamente aumentaria se mantidas as premissas acima a vacina fosse aplicada aos 15 anos ⁽¹⁾. No entanto, restaria discutir os benefícios do efeito direto da vacina em menores de 15 anos onde as formas de tuberculose são mais graves ⁽²⁾, frente ao efeito indireto produzido por uma vacinação mais tardia, além da viabilidade de se alcançar altas coberturas vacinais em países subdesenvolvidos se a vacinação fosse adiada para os 15 anos, idade de saída do 1º grau escolar. Em resumo, mesmo antes do reacendimento das discussões sobre a eficácia da vacina, esta era considerada uma forma de proteção individual dos vacinados antes de se infectarem, e não uma arma efetiva para o controle da doença, pois não se esperava que influenciasse significativamente a transmissão e circulação do bacilo. Fora de dúvida está o fato de que o BCG-ID não produziu impacto sobre o comportamento epidemiológico em países onde foi amplamente aplicado

(1) STYBLO, K & MEIJER, J. Impact of BCG vaccination programmes in children and young adults on the tuberculosis problem. *Tubercle* 57: 17-43, 1976.

(2) RUFFINO-NETTO, A. & ARANTES, G. R. Modelo matemático para estimar impacto epidemiológico da vacinação BCG. *Rev. Saúde Públ., São Paulo*. 11: 502-509, 1977.

como a Dinamarca e Noruega ⁽¹⁾.

Hoje a vacina é considerada eficaz contra as formas graves da doença, pois impediria a progressão do complexo primário e a disseminação hematogênica, não evitando porém formas de reinfecção exógena, sendo por isto recomendada sua aplicação ao nascimento, já que o grupo etário que mais se beneficiaria desta proteção é o de menores de 5 anos, devido ao maior risco de apresentar formas disseminadas após a primoinfecção. Não existe estudo profilático controlado cujos resultados apoiem esta hipótese, que está baseada em evidências indiretas, como a tendência do coeficiente de incidência de meningite tuberculosa em grupos de baixa idade nos países que suspenderam o uso de BCG-ID em massa, como na Suécia ⁽²⁾, além de estudos recentes do tipo caso-controle ou transversais com comunicantes de casos bacilíferos, apoiados pela OMS ⁽³⁾. Quando à possibilidade de revacinação, não existem evidências ou estudos que indiquem sua eficácia, não sendo, portanto, recomendada na maioria dos países.

DIAGNÓSTICO PRECOCE

Uma mudança importante na estratégia de controle da tuberculose se deu com o surgimento da roentgen-fotografia, técnica desenvolvida por Manoel de Abreu em 1936, que introduz a idéia do diagnóstico precoce e tratamento enquanto ação de saúde pública.

(1) STYBLO, K. & MEIJER, J. Impact of BCG vaccination programmes in children and young adults on the tuberculosis problem. *Tubercle* 57: 17-43, 1976.

(2) ROMANUS, V. La tuberculosis del niño en Suecia - estudio epidemiológico efectuado seis años después del cese de la vacunación BCG generalizada de los recién nacidos. *Bol. Un. Intern. Tuberc.* 59 (4): 193-197, 1984.

(3) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Eficacia de la vacuna BCG en lactantes. *Bol. Informativo PAI.* VIII (6): 2-3, 1986.

"A tuberculose deixou de ser uma doença evidente, o seu quadro perdeu a nitidez e a veemência, para surgir agora como a doença do homem aparentemente são, a doença perdida na sombra espessa das multidões sociais, que se movem nas habitações, nas escolas, nos locais de diversão e trabalho".⁽¹⁾

O problema médico tuberculose toma, portanto, uma nova dimensão a partir da abreugrafia. Esta técnica, permitindo o exame radiológico em massa, revela um grande número de doentes assintomáticos, forçando a reformulação do quadro clínico da doença.

"Temos agora três categorias de tuberculose:

- a) a infecção, verificada pelas reações à tuberculina e os resíduos calcificados.
- b) a doença inaparente, em que se observam imagens radiográficas, nada mais.
- c) a doença aparente em que há imagens e baciloscopia positiva".⁽²⁾

(1 e 2) ABREU, M. Exame sistemático pela roentgen-fotografia. In: 19 Congresso Nacional de Tuberculose. Rio de Janeiro, Sociedade de Brasileira de Tuberculose, 1939, pp. 59-129.

O fato de o exame radiológico ser capaz de fazer o diagnóstico de casos de tuberculose com baciloscopia negativa levou imediatamente à conclusão de que esta forma seria uma etapa precoce e localizada da doença, a primeira passível de ser detectada, sendo portanto melhor seu prognóstico em resposta ao tratamento. Abreu propõe então um conjunto de ações que constituem um verdadeiro programa de controle da tuberculose, incluindo o recenseamento compulsório de toda a população anualmente, o tratamento dos doentes em dispensário ou hospital, seu isolamento sanatorial ou domiciliar, proteção dos expostos e amparo à família dos doentes. Em sua proposta, Abreu reafirma que a profilaxia da tuberculose deve estar centrada no contágio, atacando as correntes que encaravam esta patologia enquanto problema social, e não como um problema restritamente médico (ABREU, 1939). Apesar da ausência verificável de impacto sobre a mortalidade, após sua introdução, o exame periódico em massa continua sendo defendido, e é a ele atribuída responsabilidade na queda do coeficiente de mortalidade que se segue à introdução da estreptomina (1).

QUIMIOTERAPIA

A descoberta da estreptomina em 1944, do ácido paraminossalicílico (PAS) em 1949 e da isoniazida em 1952 permite que o tratamento médico reduza de forma importante a letalidade da doença, o que se reflete em uma diminuição nunca antes observada da taxa de mortalidade em vários países a partir de 1945. Há intenso otimismo no meio médico, até mesmo considerando-se que o problema tu

(1) ABREU, M. Diagnostic et traitement precoces. Facteurs decisives dans la prophylaxie de la tuberculose. Memórias do Departamento de Tuberculose 1: 7-22, 1951.

berculose estaria solucionado a curto prazo. No decorrer da década de cinquenta no entanto, tal tendência de queda acelerada da mortalidade não se mantém. No Brasil, o coeficiente de mortalidade se torna estável a partir de 1954⁽¹⁾. A estreptomicina não havia curado muitos pacientes, e sim prolongado sua sobrevivência. A monoterapia induzia a resistência terapêutica à estreptomicina, através da seleção de bacilos resistentes.

Uma vez conhecidos os mecanismos associados ao fenômeno da resistência bacteriana, reconhece-se a necessidade de aplicação de mais de uma droga durante uma fase intensiva do tratamento, tornando real a perspectiva de cura para a tuberculose, exceto para aqueles casos crônicos já resistentes a uma ou mais drogas. São estes últimos os responsáveis por grande aumento da prevalência de casos e pela manutenção do coeficiente de mortalidade estável desde a segunda metade da década de 50 até os primeiros anos da década seguinte (Gráfico 1).

O conhecimento de drogas eficazes contra o *M. tuberculosis* gera, além do tratamento dos doentes, outro recurso técnico para o controle da tuberculose: a quimioprofilaxia. Surgindo da constatação da eficácia, boa tolerância e baixo custo da isoniazida, a quimioprofilaxia foi pensada inicialmente como uma forma de evitar a infecção em indivíduos expostos a casos bacilíferos (quimioprofilaxia primária), e mais tarde como "tratamento" da tuberculose-infecção, visando a diminuir o risco de adoecimento dos já infectados (quimioprofilaxia secundária). Sua eficácia foi demonstrada em pessoas com lesões fibróticas

(1) ALBUQUERQUE, A.F.R. & BOAS, A.V. Aspectos epidemiológicos da tuberculose no Brasil. Trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Tuberculose, 1956 (mimeo).

cas sem tratamento anterior ⁽¹⁾, em indivíduos recém-infec-
tados ⁽²⁾, em infectados em geral ⁽³⁾ e em comunicantes de
casos bacilíferos de todas as idades ⁽⁴⁾. Foi utilizada em
massa em algumas partes do mundo com impacto sobre o coe-
ficiente de incidência da doença ⁽⁵⁾. Efeitos colaterais
como a hepatite, entretanto, levaram à reavaliação da re-
lação risco-benefício em nível individual do seu uso ⁽⁶⁾.
O risco de efeitos colaterais associado à ausência de fac-
tibilidade administrativa de um programa de massa em paí-
ses subdesenvolvidos levou à restrição da quimioprofila-
xia a comunicantes de casos bacilíferos, quando jovens e
já infectados ⁽⁷⁾.

PROGRAMAS DE CONTROLE COM BASE NO TRATAMENTO

Na década de 50 dispõem-se então tanto de medicamentos
eficazes para quimioprofilaxia e tratamento como de tec-
nologia diagnóstica adequada para a aplicação em massa, a
abreugrafia, o que fortalece a idéia do exame periódico
de toda a população adulta com vistas ao diagnóstico e
tratamento precoce dos casos. Acreditou-se ser possível
evitar o desenvolvimento de casos bacilíferos, principais

-
- (1) KREBS, A.; FARER, L.S.; SNIDER, W.E. & THOMPSON, N. J. Cinco años de seguimiento del ensayo controlado de la UICT sobre la profilaxia con isoniacida en las lesiones fibróticas. *Bol. Un. Intern. Tuberc.* 54 (1):69-73, 1979.
 - (2) VEENING, G. J.J. Long term isoniazid prophylaxis: controlled young on INH prophylaxis after recent tuberculin conversion in young adults. *Bull. Union Intern. Tuberc.* 41: 169-171, 1968.
 - (3) HORWITZ, O. Long-term results of chemoprophylactic trial in Greenland. *Bull. Intern. Un. Tuberc.* 41: 167-168, 1968.
 - (4) FEREBEE, S. H. Long-term effects of isoniazid prophylaxis. *Bull. Intern. Un. Tuberc.* 41: 161-166, 1968.
 - (5) LEVIN, M.L. & MOODIE, A.S. Isoniazid prophylaxis and deaths in Baltimore, Maryland, 1972. *Bull. Intern. Un. Tuberc.* 51 (1):213-218, 1976.
 - (6) RISK, N. Hepatitis cases in isoniazid treated groups and in a control group. *Bull. Intern. Un. Tuberc.* 51(1):203-208, 1976.
EDWARDS, P.Q. Isoniazid-associated hepatitis. *Bull. Intern. Un. Tuberc.* 51 (1): 209-212, 1976.
 - (7) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Lucha antituberculosa - Informe de un grupo mixto de estudio UICT/OMS.* (Serie Informes Técnicos 671). Ginebra, OMS, 1982.
TOMAN, K. *Tuberculosis case-finding and chemotherapy - questions and answer.* Geneva, WHO, 1979. 239pp.

responsáveis pela transmissão, através do diagnóstico dos doentes em uma fase pré-infectante, e provavelmente clinicamente silenciosa. Tratava-se, portanto, de diminuir a incidência de casos infectantes, reduzindo a transmissão a níveis mínimos. Esta estratégia se mostrou inefetiva nos países onde pode ser plenamente implementada, como Holanda, Canadá e Tchecoslováquia.

Mesmo com cobertura da população em torno de 95%, o exame abreuográfico repetido cada 2 ou 3 anos de forma rotineira durante mais de 20 anos, como ocorreu na Holanda e no estudo de Kolin, Tchecoslováquia, não alterou significativamente o comportamento dos casos bacilíferos; a tendência de seu coeficiente anual de incidência não foi substancialmente alterada; sua proporção no total de casos novos sofreu apenas pequenas alterações; e somente uma pequena proporção destes casos (19% na Holanda e 23% em Kolin) foi diagnosticada pelo exame periódico⁽¹⁾.

Um dos motivos da ineficiência desta estratégia foi o grande intervalo entre os exames. Sua periodicidade deveria ser determinada pela duração da fase pré-infectante, definida como tendo início no momento em que a doença possa ser identificada pelo exame radiológico e fim quando o paciente se torna bacilífero. Inicialmente acreditou-se que esta fase durasse um longo tempo, mas estudos posteriores demonstraram que os casos bacilíferos podem ter a mesma duração de lesões pequenas positivas apenas em cultura, e que 50% destes evoluem em menos de 1 ano, sendo que 21% o fazem em menos de 4 meses. Tais dados sugerem a necessidade de exames abreuográficos repe

(1) TOMAN, K. Tuberculosis case - finding and chemotherapy - questions and answers. Geneva, WHO, 1979. 239pp.

tidos pelo menos a cada 3 meses, o que não é factível tanto do ponto de vista administrativo como técnico, devido à exposição à radiação.

Provavelmente o que incentivou o uso da abreugrafia até a década de 50/60 foi o aumento do número de casos diagnosticados quando um grupo de indivíduos era examinado pela primeira vez, casos pré-clínicos e negativos à baciloscopia de escarro, que só podem ser descobertos através do exame radiológico de pessoas aparentemente saudáveis. Amberson ⁽¹⁾ demonstrou que a maioria das lesões detectadas no primeiro exame era sequelas, e que entre as formas ativas menos de 10% evoluíam para formas "abertas" em 5 a 10 anos. O excesso de casos diagnosticados pela abreugrafia em massa era, em sua maioria, formas que não evoluíam para quadros graves do ponto de vista clínico ou da transmissão do bacilo.

Se nos países desenvolvidos a estratégia do exame periódico em massa pode ser adequadamente implementada, e consequentemente avaliada, nos países subdesenvolvidos a cobertura populacional era baixa e a frequência irregular. Como à época, década de 50 e 60, o programa de controle da tuberculose baseava-se no diagnóstico através do exame abreugráfico periódico da população em geral e no tratamento dos casos em rede dispensarial especializada, as unidades prestadoras de serviço de saúde não especializadas em tuberculose geralmente não dispunham de recursos para o diagnóstico desta patologia. Este tipo de organização do programa resultava na existência de importante parcela da população sem acesso ao

(1) AMBERSON, J. B., Jr. *J. Am. Med. Assoc.* 109: 1949, 1937. (citado por K. TOMAN, *Tuberculosis-case-finding and chemotherapy-questions and answers*, Geneva, WHO, 1979. p. 58)

diagnóstico, e, como esperado, os casos existentes neste grupo evoluíam sem tratamento precoce e de forma sintomática. Além disto, o uso da abreugrafia entre assintomáticos resultava em baixo rendimento do exame, elevando o custo do programa como um todo, o que poderia ser sanado, sem perda importante de sensibilidade, se este exame se restringisse a sintomáticos respiratórios (1).

Banerji & Andersen,(2) em investigação efetuada no sul da Índia, demonstraram que cerca de 70% dos casos bacteriológicamente confirmados e mais da metade dos casos sem confirmação apresentavam ao menos um sintoma. A partir de tais achados, sugerem que o programa de controle da tuberculose baseie-se no exame de indivíduos que busquem assistência por sintomas respiratórios, e não mais no exame de assintomáticos. Este novo enfoque, que dá prioridade às necessidades sentidas da população, provocou importantes mudanças nas estratégias de controle da tuberculose, inicialmente na Índia, e mais tarde em todos os países subdesenvolvidos, uma vez que passou a ser recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Como método diagnóstico adequado a esta estratégia, optou-se pela baciloscopia de escarro, por sua simplicidade de técnica e baixo custo, permitindo sua utilização em unidades periféricas da rede de serviços de saúde, também capazes de administrar tratamento ambulatorial padronizado dos casos descobertos.

(1) ARANTES, G. R. & RUFFINO NETTO, A. Busca de casos de tuberculose pulmonar - Abreugrafia em sintomáticos respiratórios seguida de exames bacteriológicos nos suspeitos. *Rev. Saúde Públ., São Paulo* 14: 185-193, 1980.

(2) BANERJI, D. & ANDERSEN, S. A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. *Bull. Wld. Hlth. Org.* 29: 665-683, 1963

A proposta de um programa integrado à rede de serviços de saúde, descentralizado, e baseado no exame dos indivíduos com sintomas respiratórios não deu prioridade em um primeiro momento ao controle da transmissão, Banerji (1) escreve a este respeito:

"A implantação portanto de um extenso programa de controle da tuberculose na suposição de que apenas isto possa reduzir o pool de infecção parece ser insustentável mesmo em bases epidemiológicas: na melhor das hipóteses, ele pode apenas reforçar os fatores não específicos responsáveis pelo declínio da incidência. Por outro lado, quando este tipo de programa cresce como uma função do crescimento geral dos serviços de saúde, tal crescimento se justifica primariamente pela pressão das necessidades sentidas na comunidade; a contribuição deste programa (que é capaz de cobrir aproximadamente 95% dos casos infectantes) para a queda da incidência da doença pode ser encarada como um subproduto adicional e valioso."

(1) BANERJI, D. Tuberculosis programme as an integral component of the general health services. *J. Indian Med. Assoc.* 54: 36-39, 1970.

No entanto, posteriormente várias formulações teóricas tratam de justificar este novo enfoque também do ponto de vista do controle da transmissão. Dados de prevalência de infecção entre os comunicantes de pacientes com baciloscopia positiva, pacientes positivos apenas à cultura e negativos aos dois exames bacteriológicos são analisados demonstrando e quantificando a grande importância na transmissão dos casos bacilíferos, isto é, aqueles antes denominados casos de tuberculose "aberta". Também se evidencia que os indivíduos infectados por um destes casos têm maior risco de adoecer do que os infectados por pacientes positivos apenas à cultura ou não confirmados bacteriologicamente, relacionando-se o risco de adoecer à quantidade de bacilos infectantes (1). Grosset (2) estima que os casos bacilíferos representem somente um terço do total de casos de tuberculose ativa, mas sejam responsáveis por 86,9% da transmissão. O programa de controle integrado e descentralizado tem, portanto, uma justificativa também epidemiológica, pois aumenta a cobertura do diagnóstico dos casos responsáveis pela transmissão. A nova proposta foi aceita, mas o foco principal das ações do programa permanece sendo a redução da transmissão, como explicitam documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde (3), Organização Panamericana de Saúde (4) e Ministério da Saúde (5).

-
- (1) ROUILLON, A.; PERDRIZET, S.; PARROT, R. & WAALER, H. *Métodos de control de la tuberculosis*. (Publicación Científica 346). Washington, OPS/OMS, 1977.
 - (2) GROSSET, J. *The role of laboratory in the identification of the sources of tuberculosis infection*, 1976. (mimeo)
 - (3) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Comité de expertos de la OMS en tuberculosis - noveno informe*. (Serie de informes técnicos 552). Ginebra, OMS, 1974.
 - (4) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Manual de normas y procedimientos para programas integrados de control de tuberculosis en America Latina*. (DC/DCD - AMRO-0400). Washington, OPS, 1988. (mimeo)
 - (5) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de normas para o controle da tuberculose*. (Serie A: Normas e Manuais Técnicos 13). Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

A reorganização administrativa necessária para a execução deste programa requereu importantes mudanças, já que a estrutura anterior era baseada em serviços ambulatoriais e hospitalares especializados (dispensários e sanatórios), em geral sob o comando direto dos responsáveis pelo controle da tuberculose. Tratava-se, portanto, de abrir mão de execução direta das atividades do programa, integrando-as aos serviços gerais de saúde, com conseqüente perda de poder político por parte dos especialistas e dos gerentes de programa, o que seguramente retardou em muitos anos esta reestruturação em várias partes do mundo. Outro entrave importante para a implementação de um programa descentralizado era a precariedade da rede de serviços de saúde, que limitava a qualidade e cobertura de qualquer ação de saúde nela inserida. Foi apenas a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1979, que se iniciaram discussões e ações no sentido de modernizar os sistemas de saúde dos países subdesenvolvidos como base da estratégia de atenção primária, permitindo vislumbrar um sistema de saúde adequado à implementação de programas horizontais (1).

Embora já tenham transcorrido mais de 20 anos desde a formulação da proposta de um programa baseado no exame de sintomáticos e desde a comprovação da eficácia e ausência de risco de contágio intradomiciliar do tratamento ambulatorial dos casos de tuberculose (2), e apesar

(1) PIO, A. El futuro de la lucha antituberculosa - problemas y perspectivas. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 96 (2): 108-118, 1984.

(2) DAWSON, J.J.Y.; DEVADATTA, S.; FOX, W.; RADHAKRISHNA, S.; RAMAKRISHNAN, C.V.; SOMASUNDARAM, P.R.; STOTT, H.; TRIPATHY, S.P. & VELU, S. (1966). A five year study of patients with pulmonary tuberculosis in a concurrent comparison of home and sanatorium treatment for one year with isoniazid plus PAS. *Bull. Wld. Hlth. Org.* 34: 533-551.

dos recentes avanços no campo da quimioterapia permitindo encurtar o tratamento para 6 meses, o que sem dúvida facilita sua operacionalização ⁽¹⁾, ainda existem fortes traços de verticalização na organização dos programas de controle da tuberculose em algumas partes do nosso país, havendo ainda discussões sobre o papel do especialista no tratamento em nível primário e sobre as indicações de hospitalização.

Hoje, no Brasil, propõe-se um programa de controle da tuberculose baseado em nível primário em técnicas simplificadas - diagnóstico através de baciloscopia de escarro dos consultantes que apresentem tosse com expectoração há mais de 4 semanas ⁽²⁾ e tratamento padronizado com esquema terapêutico de curta duração ⁽³⁾ com apoio de um sistema de referência ágil que permita o acesso dos casos mais complexos à investigação diagnóstica e tratamento adequados. Esta proposta é factível técnica e administrativamente em um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e descentralizado, onde o poder resolutivo de cada nível de atenção seja determinado pelo padrão de adoecimento da população coberta.

(1) GERHARDT, G. **Aspectos operativos da quimioterapia de curta duração no programa de tuberculose no Brasil.** Trabalho apresentado no III Seminário Regional de Tuberculose, Washington, DC, USA, 1979. (Mimeo).

(2) O sintomático respiratório pode ser definido como aquele que apresenta tosse com expectoração por mais de 2, 3 ou 4 semanas, sendo tal definição dependente da situação epidemiológica da área e capacidade operacional da rede de laboratórios. Os sintomáticos respiratórios devem ser ativamente procurados entre a clientela maior de 15 anos dos serviços gerais de saúde.

(3) Além do diagnóstico-tratamento dos casos de tuberculose, são também parte das atividades de controle a vacinação BCG dos menores de 5 anos, atualmente a cargo do Programa Nacional de Imunizações, além do controle dos comunicantes domiciliares dos pacientes bacilíferos, por serem considerados de alto risco de adoecimento. Esta última atividade visa a detectar casos de tuberculose ativa, vacinar menores de 5 anos ainda não vacinados e que não apresentem infecção, e proteger do adoecimento crianças deste grupo etário infectadas pela aplicação da quimioprofilaxia.

Avaliações da situação epidemiológica da tuberculose no mundo subdesenvolvido realizadas no início da década de 80 ⁽¹⁾ são unânimes em afirmar que houve pouca ou nenhuma alteração nos 20 anos anteriores, constatando a ineficácia dos programas de controle. Tal ineficácia pode ser atribuída somente a falhas do processo, ou seja, a uma operação inadequada das atividades, o que é claramente verdadeiro para vários países, mas pode também ser atribuída à impossibilidade deste conjunto de medidas de produzir impacto sobre a circulação do *M. tuberculosis*.

A constatação do fracasso em alcançar a meta epidemiológica gerou propostas como a muito controversa reativação das associações de voluntários ⁽²⁾, ao mesmo tempo em que resgatou ⁽³⁾ a discussão em torno da determinação social do problema ⁽⁴⁾.

Waalder ⁽⁵⁾ em seu artigo aponta que o descobrimento de Koch colaborou para encobrir o caráter social da tuberculose, o mesmo acontecendo com avanços posteriores como

-
- (1) BULLA, A. Revisión de la morbilidad y de la mortalidad por tuberculosis en el mundo (1967-1971-1977) basada en las informaciones oficiales. *Bol. Un. Intern. Tuberc.* 56 (3-4):121-127, 1981.
MAHLER, H. Discurso del Dr. H. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud. XXV Conferencia Mundial sobre Tuberculosis y Enfermedades del Torax. Buenos Aires, Argentina, 1982 (mimeo).
HOLM, J. Tuberculosis control in the developing world: it's time for a change. *Wld. Hlth. Forum* 5: 103-119, 1984.
- (2) HOLM, J. Tuberculosis control in the developing world: it's time for a change. *Wld. Hlth. Forum* 5: 103-119, 1984.
- (3) O abandono do aspecto social a que nos referimos diz respeito aos autores preocupados com o estudo da epidemiologia da tuberculose aplicado ao seu controle, e às organizações oficiais. Vários outros autores desenvolveram estudos sobre a determinação social da tuberculose antes do início dos anos 80, como por exemplo **GUIMARÃES**, 1978.
- (4) WAALER, H.T. Tuberculosis y desarrollo socio-económico. *Bol. Union. Intern. Tuberc.* 57 (3-4): 207-211, 1982.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Lucha antituberculosa - Informe de un grupo mixto de estudio UICT/OMS.* (Série Informes Técnicos 671). Ginebra, OMS, 1982.
- (5) WAALER, H. T. Tuberculosis y desarrollo socio-económico. *Bol. Union Intern. Tuberc.* 57. op.cit.

os estudos que determinaram a eficácia terapêutica como independente das condições de vida do paciente, afirmando ainda que:

"Considerou-se que é possível passar por cima dos problemas sócio-econômicos, dando a impressão de que o problema da tuberculose pode ser solucionado sem mudanças deste tipo. Como consequência, concordo inteiramente com a afirmação da recente publicação da OMS/UICT (1982) onde se conclui que as mudanças na estrutura sócio-econômica são essenciais para uma vitória definitiva na luta contra a tuberculose." (grifo nosso)

Por outro lado, o Informe do Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde sobre o Controle da Tuberculose apresentado como resposta à resolução WHA33.26 da 33ª Assembléia Mundial de Saúde, reafirma a possibilidade de o programa de controle influir na transmissão do bacilo, tendo como consequência a redução da incidência. Ao mesmo tempo assinala o paradoxo da situação atual - disponibilidade de tecnologia eficaz e simplificada coexistindo com a gravidade do problema na maior parte dos países subdesenvolvidos - sendo este fato atribuído à aplicação deficiente da tecnologia disponível⁽¹⁾.

(1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La lucha antituberculosa en el mundo - análisis de la situación - informe del Director General sobre la marcha de las actividades. (EB 71/7). Ginebra, OMS, 1983 (mimeo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fora de dúvida houve imenso avanço técnico-científico no campo da tuberculose desde a descoberta do bacilo em 1882. A doença deixou de ser fatal, o número de casos diminuiu muito no mundo, e nem mesmo no mundo subdesenvolvido existem evidências de que a situação epidemiológica esteja piorando. Estudos recentes na área de imunologia avançam no sentido de permitir em futuro próximo maior especificidade no diagnóstico da tuberculose-infecção e também de modificar as técnicas de diagnóstico e acompanhamento do tratamento (1), pois hoje empregam-se técnicas bacteriológicas já conhecidas no final do século XIX.

Ao longo deste período nota-se que cada avanço relevante no conhecimento biológico ou na tecnologia médica foi acompanhado de uma refutação explícita da determinação social da tuberculose (2). Esta reafirmação do caráter médico-biológico da tuberculose indica que a idéia de sua determinação social esteve sempre presente, constituindo-se em uma oposição à concepção de controle da doença através de ações exclusivamente na área médica. Recentemente organismos responsáveis pela formulação de

(1) SECKL, M. J. Monoclonal antibodies and recombinant DNA technology; present and future uses in leprosy and tuberculosis. *International Journal of Leprosy* 33 (4): 618-640, 1985.

(2) KOCH, R. Die Aetiologie der Tuberculose. *Berliner Klinische Wochenschrift*, XIX, 221, 1882. (Tradução para o espanhol *Bol. Un. Intern. Tuberc.* 56 (3-4): 95-109, 1981).

ABREU, M. Exame sistemático pela roentgen-fotografia. In: *1º Congresso Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Tuberculose, 1939, pp. 59-129.

ABREU, M. Diagnostic et traitement precoces. Facteurs decisifs dans la prophylaxie de la tuberculose. *Memórias do Departamento de Tuberculose* 1: 7-22, 1951.

estratêgias de controle como a União Internacional Con
tra a Tuberculose (UICT) e a Organização Mundial de Saúd
e, incorporaram ao seu discurso a questão da determinaç
ão social, mas de forma contraditória ainda apontam a
perspectiva de controle da doença através da atuação ex
clusiva do setor saúde (1).

Atualmente entre as medidas de controle da tuberculose
de eficácia comprovada e factíveis de serem implementa-
das - vacinação BCG-ID, descoberta e tratamento dos doente
s e controle de comunicantes -, é através da descoberta
precoce dos casos infectantes e seu tratamento que se
espera poder modificar a tendência da doença pela reduç
ão da transmissão (2). No entanto, é ainda discutível
qual o impacto real desta medida na circulação do bacilo
e na redução da morbidade.

Esta estratégia é, na verdade, uma solução para a extinç
ão de material infeccioso proposta por Koch com base na
descoberta do bacilo:

"Acima de tudo, as fontes de onde
flui o material infeccioso devem
ser extintas logo que seja humaname
nte possível. Uma destas fonte
s, e certamente a mais essencial,

(1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Lucha antituberculosa - Informe de un grupo mixto de estudio UICT/OMS. (Série Informes Técnicos 671). Ginebra, OMS, 1982.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La lucha antituberculosa en el mundo - analisis de la situación - Informe del Director General sobre la marcha de las actividades. (EB 71/7). Ginebra, OMS, 1983. (mimeo).

(2) ROUILLON, A.; PERDRIZET, S.; PARROT, R. & WAALER, H. Métodos de control de la tuberculosis. (Publicación Científica 346) Washington, OPS/OMS, 1977.

STYBLO, K. Recent advances in epidemiological research in tuberculosis. *Select Papers, Royal Netherlands Tuberc. Ass.* 20: 19-91, 1980.

PIO, A. El futuro de la lucha antituberculosa - problemas y perspectivas. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 96 (2): 108-118, 1984.

é o escarro dos tuberculosos, cu
ja remoção e redução não foi até
agora realizada."⁽¹⁾

No entanto, Koch formulou também uma dúvida que foi pouco
explorada:

"Torna-se difícil compreender por
que a tuberculose não é mais freq
uente do que realmente é, desde
que praticamente todos, sobretu
do em locais densamente povoa
dos, entraram em contato maior ou
menor com tuberculosos."⁽²⁾

Realmente, no fim do século XIX, a infecção tuberculosa
"ocupava" as populações humanas, com probabilidade maior
de 90% de um indivíduo nascido à época, em um país europeu,
vir a se infectar no curso de sua vida, se não morre
sse precocemente por outra causa. O coeficiente de
mortalidade por tuberculose em torno do ano de 1900 era
de 380 por 100.000 habitantes na Tchechoslováquia, 200
por 100.000 na Holanda, 300 por 100.000 na Noruega⁽³⁾

(1) KOCH, R. Die Aetiologie der Tuberculose, **Berliner Klinische
Wochenschrift**, XIX, 221, 1882. (Tradução para o espanhol, **Bol. Un.
Intern. Tuberc.** 56 (3-4): 95-109, 1981).

(2) idem, ibidem.

(3) STYBLO, K. Recent advances in epidemiological research in tubercu
losis. **Select Papers, Royal Netherlands Tuberc. Ass.** 20: 19-91,
1980.

e 390 por 100.000 habitantes na área urbana da cidade do Rio de Janeiro (Gráfico 1).

No entanto, temos hoje situações epidemiológicas com diferenças muito mais marcantes, correlacionadas ao nível de desenvolvimento sócio-econômico de cada país, e dentro destes, às classes sociais.

A dúvida de Koch diz respeito à importância da resistência ao adoecimento na determinação da doença tanto individual, como coletiva. A resistência ao adoecimento, conseqüente tanto de fatores biológicos como sociais, pode ser mais importante na determinação da tendência da morbidade por tuberculose do que modificações nas condições de transmissão ou no parâmetro de contágio. Assim, a descoberta e tratamento dos casos teriam um efeito apenas marginal na transmissão do bacilo e na queda da morbidade por esta doença.

Cabe perguntar que conseqüências têm esta afirmação no desenvolvimento das atividades de controle da tuberculose, já que estas são justificadas pelos organismos oficiais responsáveis por sua gerência pelo seu impacto epidemiológico. Assim justificado, o tratamento de cada caso deixa de ser um problema curativo e, portanto, individual, para se constituir em uma atividade preventiva de novas infecções, passando a pertencer à esfera do coletivo. A atenção aos tuberculosos deixaria de ser prioritária se aceitarmos que ela não influi de forma significativa na transmissão e na morbidade?

A tuberculose é uma doença grave, de alta letalidade quando não tratada, de fácil diagnóstico e tratamento. No nosso país são notificados cerca de 83.000 casos por ano, e estes doentes têm certamente o direito ao diagnóstico

mais precoce possível e a tratamento eficaz.

O discurso da eliminação da transmissão, ou seja, da proteção dos inocentes - não infectados -, da proteção do corpo social contra o flagelo da tuberculose - a circulação do bacilo -, foi necessário para justificar a atenção pública ao doente, a atenção do Estado, da Saúde Pública. Neste sentido, o paciente não é inocente. Inocente é aquele que pode ser infectado por ele. O doente é o perigoso, o infectante, conhecido ou desconhecido. Um tuberculoso morto é o mesmo que um curado deste ponto de vista epidemiológico, salvo por problemas humanitários.

Por outro lado a doença de cada um é tratada como um problema individual, portanto, para ser lidada pelo indivíduo com seus recursos de indivíduo, não interessando qual a sua determinação real. Mesmo que estabelecida por suas condições objetivas de vida, determinadas por sua vez à vinculação a uma dada classe social, ou seja, na esfera do coletivo, a doença que não põe em perigo outras pessoas era tida como individual, situando-se fora da competência da saúde pública, da competência do Estado. Para esta doença assim individualizada, uma atenção médica também individualizada na medicina liberal.

Hoje, dentro da perspectiva do direito universal à saúde, esta dicotomia entre preventivo e curativo, individual e coletivo tende a desaparecer em nível da organização dos serviços de saúde, não se justificando dar prioridade à aplicação de recursos apenas com base na interrupção da transmissão, nos efeitos indiretos de uma vacina ou tratamento.

Como exemplo desta abordagem mais ampla, citamos um mode

lo matemático para alocação de recurso em programas de controle da tuberculose, onde além da efetividade epidemiológica se consideraram efeitos diretos do tratamento, como redução de invalidez temporária, de dano permanente, do risco de morrer, e também custos. No resultado da aplicação deste modelo influiu pouco a efetividade epidemiológica do tratamento⁽¹⁾.

(1) FELDSTEIN, M.S.; PIOT, M.A. & SUDARESAN, T. K. Resource allocation model for public health planning. *Bull. Wld. Hlth. Org.* 48 (suppl.): 3-108, 1973.

GRÁFICO 1

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE POR 100000 HABITANTES CIDADE DO RIO DE JANEIRO - 1900 A 1967



5

A QUESTÃO DAS DROGAS: POTENCIALIDADES
E LIMITAÇÕES DOS MÉTODOS QUALITATIVO
E QUANTITATIVO EM PESQUISAS SOBRE O
ASSUNTO

CLAUDIA DE SOUZA LOPES

A QUESTÃO DAS DROGAS: POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DOS MÉTODOS QUALITATIVO E QUANTITATIVO EM PESQUISAS SOBRE O ASSUNTO

CLAUDIA DE SOUZA LOPES *

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo discutir a questão da metodologia empregada em pesquisas sobre drogas. Partindo da revisão de conceitos como o de "desvio" e "dependência" procura-se analisar as diferentes possibilidades dos métodos qualitativo e quantitativo. Ao que parece, independente da abordagem escolhida, a questão crucial que se coloca diz respeito ao "olhar" que o pesquisador lança sobre o tema, ou seja, da sua capacidade de iniciar uma pesquisa com um mínimo de preconceitos.

I - INTRODUÇÃO

O uso de drogas ilícitas tem sido sem sombra de dúvida, um tema polêmico, objeto de discussões acaloradas, geralmente emocionais e carregadas de preconceitos. Este fato acaba por acarretar que questão tão importante torne-se suscetível a ações dominadas por estes sentimentos,

* Mestranda do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Médica do Departamento de Epidemiologia do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas - NEPAD/UERJ.

que acabam descampando para posicionamentos rígidos e radicais, a favor ou contra o consumo de drogas, sua liberação etc. Por outro lado, tem sido visto que este tipo de posicionamento não é exclusivo do senso comum e de setores leigos da sociedade, mas, pelo contrário, é exatamente naqueles segmentos onde a questão deveria ser discutida de forma menos emocional e mais científica que encontramos maiores contribuições para a permanência de uma visão distorcida e muitas vezes alarmista na sociedade.

Morgado⁽¹⁾ aborda esta questão e nos oferece importante contribuição para uma melhor compreensão do tema, procurando apontar para as razões desta supervalorização. Para ele, um dos determinantes relaciona-se com a enorme resistência que as pessoas têm para reconhecer e aceitar suas próprias mazelas, acabando por imputá-las a agentes externos, nos quais as drogas, por suas características, constituem campo propício a isto. Um outro ponto que deve ser levado em consideração diz respeito ao conhecimento científico virtual, no qual enfatizam-se os resultados oriundos de trabalhos experimentais, especialmente os realizados em animais, negligenciando-se os resultados de trabalhos a partir de grupos humanos consumidores de drogas (estudos longitudinais e de casos-controlé) e que frequentemente contestam os resultados das pesquisas experimentais. Por último, Morgado aponta para o "sucumbimento intelectual", que acarreta uma importação de resultados e estudos e de recomendações para controle de drogas que não se aplicam ao nosso país.

(1) MORGADO, A. F. "Consumo de drogas. Um enfoque pouco emocional".
Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1(1), jan/mar.1985.

Outros autores, procurando também fornecer subsídios para uma melhor compreensão do tema em áreas como a da Sociologia, partiram, da mesma forma que os epidemiologistas atuais, para uma tentativa de oferecer um novo contexto para o entendimento do uso de drogas. Becker faz isto de forma bastante cuidadosa e, partindo do crédito atual de que uma droga tenha uma ação fisiológica simples, essencialmente igual em todas as pessoas, procurou contextualizar o uso de drogas em um plano social, relacionando este tipo de uso a seus efeitos, com a quantidade e o tipo de conhecimento a que a pessoa que consome drogas tem acesso. Para esta análise, Becker parte da premissa de que "...Desde que a distribuição do conhecimento é uma função da organização social dos grupos nos quais as drogas são usadas, as experiências com drogas variam de acordo com variações na organização social." (1) Apesar de suas colocações fornecerem contribuições importantes para a compreensão do problema, principalmente no que diz respeito ao relacionamento já plenamente estabelecido entre o uso de drogas ilícitas e fatores sociais, esta abordagem sozinha não dá conta do problema (e nem parece ser esta a intenção do autor), na medida em que abarca a questão sob um único ponto de vista (a questão do conhecimento nas organizações sociais).

Outras contribuições importantes para o entendimento da drogadição têm sido encontradas no campo da psicanálise. Esta, baseada em suas premissas básicas, sempre procurou entender o uso de drogas como resultado de uma série de fatores que o precediam, centrando sua atenção para o

(1) BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1977, p. 181.

impulso do sujeito. Como bem descreve Morgado "... A investigação psicanalítica encarou o fenômeno da dependência essencialmente como algo antes da introdução da droga no organismo, tornando-se pouco relevante o tipo de droga. Afinal, as observações clínicas demonstravam que a evidência fundamental era a necessidade pungente de usar drogas, o tipo de droga mudava segundo a maior ou menor disponibilidade do produto."⁽¹⁾

O acima descrito demonstra o importante papel que a teoria psicanalítica desempenhou no sentido de lançar uma nova luz sobre um tema que até então encontrava-se sob o domínio da psiquiatria clássica. Esta, em oposição à teoria psicanalítica, centrava suas atenções somente sobre as conseqüências do uso de drogas, voltando portanto seu interesse para o que viria a acontecer "após" o gesto de administrar a droga. Quando não o fazia, perdia-se em especulações sobre o papel das doenças mentais na gênese do consumo. O que veremos ocorrer cada vez mais frequentemente, em trabalhos que abordam o tema, é a passagem de um modelo médico (psiquiatria clássica) para um dinâmico (psicanálise).

Partindo portanto da constatação de ser o consumo de drogas ilícitas assunto de extrema relevância, tanto no que diz respeito às reais conseqüências de seu uso como por tratar-se de tema que revolve várias estruturas da sociedade, trazendo à baila uma série de questionamentos e expondo muitas vezes as contradições e hipocrisias inerentes a estas estruturas, tentaremos neste trabalho dis

(1) MORGADO, A. F. Dependência de drogas: descrição de uma pesquisa empírica e revisão de alguns aspectos relevantes para sua prevenção. São Paulo. Tese de Doutorado apresentada no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina na USP, 1983, p. 104.

cutir as diferentes possibilidades de abordagens desta questão, de forma que os estudos empreendidos, em vez de ratificar posições preestabelecidas, levantem questionamentos que permitam uma visão menos distorcida e mais realista do problema. Acreditamos também que partindo de conceitos mais claros e tendo-se noção do dinamismo e multicausalidade do tema, poderão haver condições para ações voltadas para uma real prevenção do consumo de drogas.

Um outro ponto importante a ser abordado, e que efetivamente contribui para uma série de dificuldades para todos aqueles que pretendam estudar o assunto, diz respeito à grande heterogeneidade do consumidor. Isto se deve principalmente ao fato de ser a dependência de drogas um transtorno ainda muito impreciso e, portanto, sujeito a medidas (como já discutido) bastante contraditórias que aumentam a heterogeneidade do grupo. Por outro lado, pelo fato de o consumo de drogas ser considerado ilícito, estando o usuário sujeito a retenção legal, este passa a constituir um grupo que além de criminalizado é marginalizado, o que sem dúvida parece ser o fator primordial para o fracasso de inúmeras tentativas de estudo.

Para Becker, "...na medida em que falta homogeneidade à categoria e ela não consegue abranger todos os casos que lhe pertencem, não se pode, o que é razoável, esperar encontrar fatores comuns de personalidade ou situação de vida que explicarão o suposto desvio". Para ele, a única coisa que essas pessoas têm em comum é o fato de "compartilharem do rótulo e da experiência de serem rotuladas como marginais e desviantes".⁽¹⁾

(1) BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*, op. cit., p. 60.

O presente trabalho pretende analisar as diferentes formas de abordagem do tema e as potencialidades e limitações de cada uma, levando-se em conta as dificuldades acima citadas e as possibilidades de contorná-las empreendidas por estas diferentes abordagens.

Cabe ressaltar também a nossa crença de que a pluralidade de estudos não constitui em si um problema, mas, ao contrário, se bem conduzidos, estes diferentes estudos poderão contribuir para esclarecer pontos obscuros que alguns não conseguem alcançar, servindo para enriquecer o tema. O que combatemos é a escolha de determinado tipo de abordagem com o intuito prévio de apenas corroborar idéias preconcebidas.

II - REVENDO OS CONCEITOS DE DESVIO E DEPENDÊNCIA: O PAPEL DO PESQUISADOR

Ao discutirmos as tendências metodológicas em pesquisas sobre dependência de drogas e, portanto, sobre comportamentos considerados desviantes, devemos nos ater por um momento à própria definição de desvio e à influência que esta definição possa ter na investigação a ser realizada.

Para Becker, "...uma sociedade tem muitos grupos, cada um deles com seu próprio conjunto de regras, e as pessoas pertencem a muitos grupos simultaneamente. Uma pessoa pode quebrar as regras de um grupo pelo simples fato de se curvar perante as regras de um outro grupo".⁽¹⁾

Esta citação nos remete a fatos reais, onde inclusive um mesmo grupo pode, em diferentes circunstâncias, emitir regras ou mesmo omiti-las de forma aparentemente contra

(1) Idem, p. 59.

ditória, como se fosse o que no jargão psicanalítico costumou-se chamar de "dupla mensagem".

Um exemplo importante desta situação ocorreu na guerra do Vietnam, quando se sabe que grande contingente de jovens combatentes que lá estavam utilizavam de forma corriqueira opiáceos (principalmente heroína) e outras drogas, o que frequentemente era do conhecimento de seus superiores que, se não chegavam a estimular o uso, não o coíbiavam de forma alguma, numa conduta aparentemente contraditória com a da sociedade americana na época.

Outro exemplo importante de como a questão do uso de drogas e portanto do suposto desvio pode ser encarada de formas as mais variadas nas diferentes culturas, temos o fascinante trabalho realizado por Edwards y Arif ⁽¹⁾ para a OMS, onde examinam as diferentes motivações e padrões de consumo oferecendo uma impressionante série de imagens deste consumo em vários lugares do mundo.

Assim, temos que em uma aldeia das tribos que habitam as colinas do norte da Tailândia os homens fumam ópio na frente de seus filhos, por prazer e sem vergonha alguma. Já nos bairros miseráveis das cidades da Tailândia, os adolescentes inalam heroína ou a injetam, levados ao consumo de drogas pela desorganização e pelos transtornos de uma rápida urbanização, obedecendo a motivações radicalmente diversas dos habitantes das colinas do norte.

Da mesma forma, em Chicago, "...o consumo de drogas não responde a um modelo único: os fumadores de Cannabis

(1) EDWARDS, G., ARIF. A. **Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas.** Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Cuadernos de Salud Pública, 73, 1981.

ou os jovens usuários de várias drogas das zonas suburbanas povoadas por brancos têm tão pouca semelhança com a cultura de rua da heroína em bairros negros, como o ancião que no seio de uma família fuma ópio em uma aldeia da Tailândia com o jovem que se injeta heroína entre a miséria de uma cidade deste mesmo país".⁽¹⁾

Sendo assim, torna-se importante que o investigador esteja atento para definições preestabelecidas e que podem invalidar seu trabalho, tornando-o impotente para analisar situações nas quais estas premissas inexistam, impossibilitando portanto sua tentativa de compreensão daquela situação.

Apesar de muitos argumentarem que, embora possa haver ambigüidade em relação às regras peculiares a um ou outro grupo na sociedade, há algumas regras em relação às quais todo mundo em geral concorda, e neste caso a dificuldade não aparece. Para Becker,⁽²⁾ apesar de ser esta uma questão de fato a ser colocada pela pesquisa empírica, ele duvida de que existam tantas áreas de consenso, e considera mais sábio utilizar uma definição que nos permita lidar tanto com situações ambíguas quanto com situações não-ambíguas. Segundo ele, o comportamento desviante deve ser entendido como um processo em que "...os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como marginais e desviantes. Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação

(1) EDWARDS, G., ARIF. A. *Los problemas de la droga etc.* op. cit.

(2) BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*, op. cit.

por outras pessoas de regras e sanções a um 'transgressor'. O desviante é alguém a quem aquele rótulo foi aplicado com sucesso; comportamento desviante é o comportamento que as pessoas rotulam como tal".⁽¹⁾

Um outro conceito importante a ser discutido é o de "dependência", na medida em que a noção de "desvio" também vai estar associada aos padrões de consumo (uso ao longo da vida, quantidade, motivações etc.).

Como já discutido anteriormente, quando procuramos definir o desvio, a questão da dependência também sofre diferentes abordagens, tanto do ponto de vista dos que pretendem estudá-la como do ponto de vista sócio-cultural.

Na psiquiatria clássica, por exemplo, a definição de dependência passa a assumir apenas um caráter médico, que assim procurará distingui-la do "uso" ou "hábito" a partir de certas variáveis, passíveis de serem quantificadas. Já os psicanalistas não parecem muito preocupados com os efeitos que uma droga possa acarretar no sentido de provocar dependência física ou psíquica. Para eles, a questão da dependência é anterior à droga e tem a ver com a personalidade do indivíduo, interação familiar etc.; enfim, o que importa são as motivações que o levaram a utilizar as drogas de forma abusiva. Sendo assim, existiria uma predisposição à dependência em algumas pessoas, e esta poderia se manifestar de diversas formas, seja no uso de drogas, fumo, bebida, jogo, alimentação etc.

O trabalho de Robins e cols.⁽²⁾ mostrou com bastante cla

(1) BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*. op. cit., p. 60

(2) ROBINS, L.N., DAVIS, D.H. and GOODWIN, D. W. "Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home". *Am. J. Publ. Health*, 99(4):235-249, 1974.

reza que a dependência independe da droga, uma vez que, ao se remover a causa básica, o sujeito abandona a droga ou a substitui por outra forma de dependência. Robins demonstrou que muitos soldados que usavam heroína no Vietnam não continuaram seu uso. Outros autores demonstraram que estes soldados ao retornarem aos Estados Unidos, substituíram a heroína por álcool e maconha.

Para Edwards,⁽¹⁾ a questão da dependência é um fenômeno basicamente cultural, mas isto costuma ser frequentemente esquecido pelos estudiosos do assunto e planejadores de programas voltados para a questão da droga.

III - A ESCOLHA DO MÉTODO

Ao iniciar um estudo em área tão conturbada como a das "drogas", é comum que o pesquisador inicialmente baseie-se em certos conceitos considerados consenso na sociedade, ou pelo menos na área a que pertence. "...A pesquisa, especialmente a que diz respeito a experiências subjetivas produzidas por drogas, baseia-se amplamente em regras convencionalmente aceitas de lógica, inferência e senso comum e arrazoado científico".⁽²⁾ Na tentativa de

definir ou utilizar certas regras ou conceitos, o pesquisador pode escorregar para situações onde corre o risco de ser acusado de não-neutralidade, de partir de pré-noções ou simpatias na elaboração de seu estudo e de estar introduzindo bias em seu trabalho. Este fato aparece de forma mais nítida quando se lida com conceitos

(1) EDWARDS, G., ARIF, A. "Los problemas de la droga etc." op.cit.

(2) BECKER, H. S. **Uma teoria de ação coletiva**, op. cit., p. 187

tais como "desvio", "delinqüência", "dependência" etc., onde a própria conceituação já encerra em si um conhecimento preestabelecido, uma ideologia na maneira de encarar a questão, que poderá inclusive levar a diferentes interpretações para a mesma palavra. O psicanalista certamente verá a questão do desvio e da dependência de forma diversa da do psiquiatra clássico, e ambos com certeza terão diferenças com o sociólogo e o antropólogo. O enfoque diferenciado norteará, desde o início, seus estudos e também a metodologia utilizada. Como bem descreve Becker, "...O tipo de pesquisa feita sobre uma droga depende das facilidades, habilidades técnicas e motivações disponíveis para aqueles que a fazem".⁽¹⁾

Um exemplo importante onde estas questões se materializam é o encontrado nos diferentes estudos que procuram explicar as motivações para o consumo de drogas, de acordo com suas características básicas, discutindo a questão de diferentes ângulos, enfatizando pontos tais como a dinâmica familiar dos usuários (psicanálise), averiguando a possibilidade de existência de transtornos mentais anteriores ao consumo (psiquiatria) ou situando a utilização de drogas num contexto sócio-cultural (sociologia ou antropologia). Enfim, as possibilidades são inúmeras e não necessariamente excludentes. É importante entretanto estar alerta para que a escolha do método não seja definida, numa tentativa de salvaguardar hipóteses tidas como certas.

Ao estudarmos a questão das drogas, nos deparamos com algumas perguntas básicas e que costumam nortear as pesquisas realizadas sobre o assunto:

(1) BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*, op. cit., p. 188.

1º - O que leva uma pessoa (ou grupos populacionais) a utilizar drogas? Quais as motivações e padrões deste consumo?

2º - Quais as características dos usuários de drogas? Existe uma homogeneidade?

3º - Quais as conseqüências que poderão advir do uso de drogas? A droga pode constituir per se um fator de risco para danos à saúde física e à integridade psicossocial do indivíduo?

A primeira pergunta englobaria o que se poderia chamar em Epidemiologia de "fatores de risco" para a utilização de drogas, e a terceira pergunta diz respeito à droga enquanto "fator de risco" para determinados eventos mórbidos e/ou conseqüência adversas à integridade psicossocial dos usuários.

Dependendo do que pretende estudar, o pesquisador escolherá metodologias que lhe forneçam subsídios para uma melhor compreensão do tema.

Almeida Filho parece resolver a questão da escolha do método de forma bastante criteriosa, na medida em que defende que, em vez de se procurar perseguir uma suposta cientificidade, o fundamental passa a ser o critério de adequação ao objeto de pesquisa, "...pois é o objeto que determina a estratégia de investigação adotada pelo sujeito da pesquisa (o pesquisador)".⁽¹⁾

(1) ALMEIDA FILHO, N. Problemas e perspectivas atuais da pesquisa epidemiológica em Medicina Social, em Programa de Epidemiologia. Textos em Epidemiologia. Mimeo. SEPLAN-CNPq, 1984, p. 17.

Como exemplo extremo, ele cita o caso da psicanálise, que, tendo o inconsciente como objeto, não pode, para ser coerente consigo mesma, usar estudos controlados para avaliação da eficácia das suas técnicas terapêuticas. O seu objeto, na verdade, se encontra além do alcance dessa estratégia de pesquisa.

Cabe ressaltar que qualquer pesquisa pode conter elementos de funções relativas a diferentes estudos. Entretanto, torna-se importante categorizar o estudo na medida em que isto permitirá categorizar o objetivo geral pretendido.⁽¹⁾

Descreveremos agora as características gerais apresentadas pelos diferentes métodos, não pretendendo entretanto reforçar antagonismos, mas, ao contrário, ressaltar a possibilidade de complementariedade entre eles.

O aparecimento do que Breilh chamou de "cientificismo positivista", no terreno da saúde, deu-se num contexto onde se tornava necessário que a produção científica se adequasse às necessidades de reprodução do capitalismo monopolista. "Desta forma, deslocou-se o social na análise dos problemas médicos e concentrou-se a atenção nos processos biológicos e físicos, com a finalidade de manipular com alto grau de especificidade e eficiência as condições de reprodução dos setores-chaves da força de trabalho e os objetos naturais em torno dos quais se organizaram novas linhas de produção na agricultura e na indústria".⁽²⁾

(1) OLIVEIRA, J. A. *O trabalho médico no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1980.

(2) BREILH, J., GRANDA, E. *Saúde na sociedade*. São Paulo: Instituto de Saúde/SP - ABRASCO, 1986, p. 10.

"O neopositivismo em saúde, que apareceu com novos brios a partir da década de 50 e atingiu o apogeu durante os anos 60, continuou em essência com os princípios positivistas precedentes, revestindo-os da roupagem ecológica cientificista e utilizando complementarmente alguns instrumentos de sociologia empírica apoiada fortemente nos princípios funcionalistas da teoria dos sistemas".⁽¹⁾

Ao discutirmos as perspectivas do método quantitativo, não poderíamos deixar de reportar à sua grande utilização na epidemiologia tradicional e clínica, que sempre admitiu a valência do modelo clínico-experimental como fundamento epistemológico. A Epidemiologia crítica, ao contrário, tendo como expectativa a recuperação metodológica e técnica da investigação epidemiológica, buscou ampliar e desvalorar os desenhos de pesquisa e rediscutir de forma competente a noção de causalidade,⁽²⁾ "...superando os princípios idealistas do positivismo e, ao mesmo tempo, recuperando as possibilidades explicativas e as ferramentas operacionais da estatística e da lógica matemática, de demografia, da sociologia e da lógica formal."⁽³⁾

Os estudos experimentais são um exemplo importante de abordagem quantitativa. Eles visam a verificar uma hipótese de relação causal entre variáveis.

Para Oliveira, "...são os mais próximos da tradição científica de experimento nas ciências físicas e naturais: experiência que visa a provar a existência de nexos causal entre duas ou mais variáveis. Nesse caso, há uma

(1) BREILH, J., GRANDA, E. *Saúde e sociedade*, op. cit., p. 10.

(2) ALMEIDA FILHO, N. *Problemas e perspectivas atuais*, etc. op. cit..

(3) BREILH, J., GRANDA, E. *Saúde e sociedade*, op. cit. p. 10.

teoria prévia que afirma o nexo causal. O pesquisador deve traduzir os conceitos em variáveis mensuráveis e então medir as oscilações das variáveis, verificando se a variação de uma (chamada dependente) é função da variação de outra (considerada independente), segundo razões constantes e previsíveis". (1)

No campo das "drogas", estes estudos têm sido muito utilizados, principalmente com o intuito de demonstrar consequências danosas à saúde do indivíduo consumidor. Entretanto, pela sua própria conceituação e também por ser o uso de drogas criminalizado, torna-se muito difícil realizá-los em condições naturais nos seres humanos, sendo comum a utilização de animais em experimentos com drogas, cujos efeitos encontrados são frequentemente extrapolados aos seres humanos, o que para nós é muito questionável. Exemplos típicos deste tipo de estudo são os que discutem o possível efeito teratogênico da maconha e do LSD. Vários pesquisadores encontraram lesões nas células germinativas de animais após a administração destas substâncias em altas doses. Entretanto, não há razões para alarmismos nem extrapolações por dois motivos muito simples e que refutam com firmeza tais tentativas. Em primeiro lugar, os ditos efeitos também surgem após a administração de altas doses de praticamente todas as substâncias do receituário médico ou mesmo de substâncias vendidas livremente em qualquer farmácia, como é o caso da aspirina; e em segundo pelo fato de estes experimentos serem realizados em animais e não em seres humanos, não se levando em conta diferenças metabólicas, padrões diferentes de utilização das drogas (quantidade,

(1) OLIVEIRA, J. A. O trabalho médico no Rio de Janeiro, op. cit., pp. 44-45.

via de administração etc.)⁽¹⁾

"...os estudos epidemiológicos, ao contrário dessa ênfase experimental, orientam-se para a estrutura geradora do fenômeno e, exatamente por isso, fornecem uma abordagem compreensiva".⁽²⁾

As evidências têm demonstrado que os estudos longitudinais e de casos-controle a partir de grupos humanos consumidores de drogas têm sido os mais capazes, dentro do método quantitativo, de fornecer subsídios para um maior aprofundamento do tema.

Os estudos longitudinais têm sido bem-sucedidos na de marcação de eventos clínicos associados ao consumo abusivo de drogas. Estas complicações costumam levar o usuário a procurar atendimento médico, chegando muitas vezes à internação, o que os dá uma certa homogeneidade externa, i.e., passam a fazer parte do grupo de usuários institucionalizados. Por outro lado, o fato de estes estudos lidarem geralmente com usuários institucionalizados (ambulatórios, hospitais, centros de recuperação etc.) faz com que os resultados encontrados não possam ser extrapolados para o restante dos usuários, dispersos na população.

Os estudos de casos-controle são importantes quando se quer apreender se algumas características são específicas dos usuários de drogas ou constituem percentagens semelhantes às da população geral. Como exemplo, temos o de estudos que procuram discutir a gênese do consumo, ana

(1) MORGADO, A. F. **Maconha e LSD. Dependência e o discutível efeito teratogênico.** S. Bras. Psiq., 30(3):225-34, 1981.

(2) MORGADO, A. F. "Consumo de drogas. Um enfoque pouco emocional", op. cit., p. 129.

lisando variáveis relacionadas a características familiares (separação dos pais, brigas frequentes, uso de tranquilizantes pelos pais etc.) entre os usuários e comparando os resultados com os encontrados no grupo-controle. Entretanto, mesmo que os resultados estatísticos reforcem ou invalidem estas hipóteses, este tipo de análise não conseguirá apreender o fenômeno de maneira totalizante, pois na medida em que se torna necessário limitar os sujeitos participantes e buscar um grupo controlado para seus casos, isto por si só os afasta do pólo de realidade, ao tirá-los de uma população de referência, fragmentando-os por um atributo que se chamará de variável dependente, distinguindo grupos de "usuários" e grupos de "normais".⁽¹⁾

Este exemplo serve para demonstrar que "...outra limitante conceitual e metodológica, é a que se expressa na tendência da Epidemiologia tradicional de interpretar a sociedade como um agregado de elementos homogêneos, de caráter basicamente natural e que, em termos modernos, seria o chamado caráter ecológico da sociedade e do meio ambiente em que esta se desenvolve. Ao converter as expressões externas, ecológicas ou naturais em critérios de explicação dos fenômenos, consegue-se fazer desaparecer a determinação econômico-social dos mesmos".⁽²⁾

A questão da drogadição, portanto, só pode ser entendida de forma contextual. Ao discutirmos as motivações para o consumo, características dos usuários e possíveis seqüências deste uso, não podemos deixar de situar estas

(1) ALMEIDA FILHO, N. *Problemas e perspectivas atuais*, etc. op.cit.

(2) BREILH, J., GRANDA; E. *Saúde na sociedade*, op. cit., p. 18.

variáveis secundárias, fundamentalmente de caráter biológico (sexo, idade etc.), ou a variações de caráter quantitativo individual (ocupação, salários etc.).⁽¹⁾

A abordagem psicanalítica também tem oferecido uma possibilidade de aprofundamento em pontos onde os estudos experimentais e controlados não conseguem alcançar.

Para Morgado "...Alguns estudos experimentais em seres humanos, controlando-se a administração da droga e registrando-se cuidadosamente seus efeitos, não teriam comprovado as conclusões oriundas dos estudos psicanalíticos."

Entretanto, "...Relativamente aos estudos controlados, os estudos psicanalíticos padecem do problema da não-verificação das vivências. A índole dos estudos psicanalíticos é retrospectiva, pois sempre remete a um evento no passado sobre o qual superpõem-se inúmeras outras vivências. Os estudos experimentais contornariam essas dificuldades, porque verificariam as vivências imediatas ao evento, uma vez que a situação é controlada."⁽²⁾

Discutindo agora as possibilidades do método qualitativo, veremos que ele permite uma compreensão mais abrangente da questão das drogas no contexto sócio-cultural, identificando suas diversidades e apontando para uma visão mais totalizante e menos fragmentária do tema. Como tem sido visto, a questão do uso de drogas nas diferentes sociedades abrange um amplo leque de possibilidades, passando por situações onde seu uso é difundido ou mesmo estimulado até outras, como em nossa sociedade, onde ele é considerado ilegal e estigmatizado. Cabe portanto ao

(1) BREILH, J., GRANDA, E. *Saúde na sociedade*, op. cit., p. 18.

(2) MORGADO, A. F. *Dependência de drogas etc.*, op. cit., p. 129.

pesquisador utilizar-se de métodos que lhe permitam analisar de que forma a estrutura social e as diferentes culturas interpretam e determinam o consumo de drogas, e o método qualitativo parece ser o mais apropriado para isto.

Segundo Geertz, "Olhar as dimensões simbólicas da ação social - arte, religião, ideologia, ciência, lei, moralidade, senso comum - não é afastar-se dos dilemas existenciais da vida em favor de algum domínio empírico de formas não-emocionalizadas, é mergulhar no meio delas." (1)

Para Camargo, "...o método qualitativo revela-se particularmente eficaz em áreas exploratórias, especialmente em campos temáticos onde inexitem fontes de informação acessíveis e organizadas". Este é o caso das pesquisas relacionadas ao comportamento desviante, delinqüência etc., onde se torna necessário revelar o grupo "do lado de dentro", exigindo do pesquisador a adoção de "técnicas de cumplicidade sem as quais seria impossível levar a bom termo pesquisas sistemáticas". (2)

Sempre portanto que houver necessidade de uma maior familiarização ou nova compreensão de um fenômeno de forma a criar novas hipóteses, ou ainda, quando for importante apresentar precisamente as características de uma situação, um grupo ou um indivíduo específico, "...o método qualitativo baseado em pequenas amostragens estatisticamente irrelevantes mas cuidadosamente observadas - permitem - que experimentações limitadas funcionem como instrumento geradores de hipóteses que poderão ser futura

(1) GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1978, p. 40.

(2) CAMARGO, A. *O método qualitativo: usos e perspectivas*. Mimeo. Apresentado na sociedade Mesa-Redonda: Análise Quantitativa, Análise Qualitativa e Avanços Teóricos. Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS), Brasília, 10 de julho de 1987, p. 6.

mente estendidas a amostragens controladas".⁽¹⁾

Para Almeida Filho, "...As histórias de vida, onde se trabalha com um único caso, seriam as estratégias mais próximas à abordagem total do objeto, idealmente colocado..." "Nelas há pouco controle sobre as circunstâncias, sendo único enquanto caso, e portanto totalizado ao limite, real (uma verdade que está aí, em se tratando de fonte única de informação), e é quase completamente aberto por não fixar limites à profundidade da abordagem."⁽²⁾

A técnica de estudo mais consagrada pela flexibilidade é a "observação participante", muito usada em estudos antropológicos. Esta técnica permite ao pesquisador/observador apreender, através da participação no dia-a-dia da comunidade estudada, as características mais importantes de sua estruturação social e formação cultural. Esta técnica diferencia-se das histórias de vida na medida em que "distingue o discurso do informante das evidências objetivas que ele mesmo registra durante o trabalho de campo".⁽³⁾

Finalmente, gostaríamos de ressaltar que, independente da abordagem escolhida, existem algumas regras básicas e inerentes a todas elas, cuja utilização pelo pesquisador o ajudará muito no seu processo de investigação.

A primeira delas diz respeito à necessidade de o pesquisador lidar com um mínimo de pré-noções e preconceitos.

(1) CAMARGO, A. O método qualitativo: usos e perspectivas, op. cit., p. 5.

(2) ALMEIDA FILHO, N. Problemas e perspectivas atuais, etc. op. cit., p. 18.

(3) CAMARGO, A. "Os usos da história oral e da história de vida: trabalhando com elites políticas". Rio de Janeiro: dados. Revista de Ciências Sociais, 27(1):5-26, 1984, p. 10.

Sabemos entretanto que uma neutralidade total é impossível e que a existência de "simpatias" independe da abordagem escolhida. Não são as metodologias e o fato de serem mais ou menos controladas que irão determinar a presença ou não de bias nas pesquisas, mas sim o objetivo perseguido pelo investigador. Se este busca em sua pesquisa apenas referendar conceitos preestabelecidos, ele poderá manipular os dados estatísticos ou interpretar ideologicamente determinados fenômenos sócio-culturais.

O segundo ponto é que, apesar de as abordagens apresentam diferenças básicas e muitas vezes conceituais, isto não quer dizer que sejam necessariamente discordantes e excludentes, mas, pelo contrário, a utilização de metodologias diversas pode ser uma prática salutar em pesquisas e, no caso de estudos sobre drogas, esta parece ser a regra. Se por um lado as técnicas de survey parecem ser as mais indicadas na caracterização das variáveis sócio-demográficas dos usuários, as histórias de vida e a observação participante parecem ser as mais apropriadas na apreensão do contexto sócio-cultural da drogadição.

B

**DROGADIÇÃO - A CONTRIBUIÇÃO
DA PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA**

FRANCISCO INÁCIO BASTOS

DROGADIÇÃO
A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA *

FRANCISCO INÁCIO BASTOS **

RESUMO

O autor aborda a questão da drogadição a partir da reflexão psicanalítica contemporânea visando repensar o conceito de dependência, priorizando as categorias relativas ao indivíduo inscrito na relação aditiva.

... "Hermes inconnus qui m' assistes
et qui toujours m' intimidas tu
me rends l'egal de Midas le
plus triste des alchimistes;

Par toi je change l'or en fer et
le paradis en enfer dans le
sudaire des nuages;"...

Baudelaire ***

-
- (*) O presente texto com algumas modificações é parte integrante da dissertação de mestrado do autor defendida em 27/05/88 com o título de "Pharmakon: a química e a Magia".
(**) Psiquiatra, Mestre em Medicina Social, Ex-Chefe da Divisão de Epidemiologia do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD/UERJ)
(***) Charles Baudelaire - *Les fleurs du mal*. Paris, *Nouveaux Classiques Larroussé*.1970.

A questão da drogadição, apesar de freqüentar com assiduidade o cotidiano do homem contemporâneo, seja através da sua experiência pessoal e/ou interação familiar e social, seja através dos meios de comunicação, é escassamente debatida em nosso meio de uma forma arejada. A contribuição da psicanálise é uma das estratégias possíveis de trazer a questão para o debate aberto das idéias, despidas, na medida do possível, dos preconceitos fáceis.

Inicialmente, cabe distinguir a drogadição do uso descontínuo de substâncias psicoativas, uso este de que quase todos nós, bebedores sociais ou mesmo consumidores de cafezinhos, não podemos nos excluir de todo. Abordaremos em nosso texto especificamente a questão da drogadição, isto é, a relação aditiva que se estabelece entre um indivíduo e o(s) produto(s) de que ele se utiliza. O exemplo do jogador compulsivo é utilizado para demonstrar que a relação aditiva pode prescindir da substância psicoativa, retirando seu caráter particular não do produto, mas sim da natureza da relação que o indivíduo mantém com o objeto da sua adição.

O texto deliberadamente não aborda duas questões nucleares ao saber psicanalítico. Em primeiro lugar, a questão da estrutura psíquica do drogadito na sua relação com as três estruturas psíquicas básicas descritas por Freud - neurótica, perversa e psicótica. Em virtude disso, autores com uma atitude dúbia em relação a essa questão como Olivienstein, e que, por isso, não expressam uma concepção rigorosamente psicanalítica, comparecem reunidos a autores como Piera Aulagnier, de filiação psicanalítica mais explícita e coerente.

Em segundo lugar, não aventamos hipóteses de ordem psico
genética que pudessem correlacionar o presente vivido
pelo drogadito com experiências infantis determinadas
por modos de relação particular entre o adito e sua cons
telação familiar.

Finalmente, não procedemos a uma revisão histórica siste
mática das diversas mutações de leitura que a psicanáli
se ofereceu e oferece acerca da questão. O objetivo, mais
restrito, é apenas trazer ao debate contribuições provi
sórias, para uma questão que continua nos interrogando.
O leitor poderá consultar a revisão de Morgado ⁽¹⁾ ou o
artigo de Birman ⁽²⁾ para, respectivamente, obter um esbo
ço das idéias da história da psicanálise sobre a questão,
e avançar hipóteses de natureza estrutural e psicogenéti
ca sobre a drogadição.

Olivienstein ⁽³⁾ reflete, a partir de sua grande experiên
cia clínica, sobre o conceito de dependência. Com ele
refinamos o conceito de dependência, num esforço para ul
trapassarmos a ação mecânica de uma droga sobre um indí
víduo. O autor, a partir da discussão sobre a variabili
dade das manifestações da síndrome de abstinência, a ex
pressão característica do substrato fisiológico da depen
dência, problematiza a vertente exclusivamente física da
dependência. Exemplifique essas variações pela ocorrên
cia de síndromes de abstinência típicas em pacientes "já
desintoxicados" que receberam alta do seu Centro de Tra
tamento (Centro Marmotan). Essas síndromes coincidem

(1) MORGADO, A. F. Dependência de drogas: descrição de uma pesquisa
em Líria e revisão de alguns aspectos relevantes para sua pre
venção. Tese de Doutorado apresentada à USP, São Paulo, 1983.
Mimeo.

(2) BIRMAN, J. "Feitiço e feiticeiro no pacto com o Diabo". A psica
nálise e a questão das toxicomanias. In: Reverso. Número 27.
Belo Horizonte, 1987.

(3) OLIVIENSTEIN, C. Une interrogation sur la dependance. Paris, 1984.
Mimeo.

com as vésperas da alta e não se tratam de modo algum de simulações.

A dependência teria para o autor um substrato fisiológico - um fenômeno passivo - a que se sobrepõe um desejo ativo que ele denomina desejo totalitário, que une de modo fusional o indivíduo e o produto. Uma ligação que se caracteriza pela desmedida, pelo que ela expõe, quando rompida, o adito a um estado de absoluta falta. Por tornar o sujeito na ausência do produto - só, nu, não-Deus. Essa falta se acende no adito com o desaparecimento do prazer que a droga lhe proporciona. O consumo é, na verdade, uma sucessão de equilíbrios instáveis entre a intensidade do prazer e a intensidade da falta.

O adito tem uma imagem idealizada e superestimada do prazer, e uma decepção radical com tudo que barra o caminho que leve ao prazer. A droga e o adito inicialmente tem uma lua de mel, um período fugaz, mas de tal intensidade que esses momentos de prazer gravam-se para sempre na sua memória. A partir dessas experiências, o adito experimentará uma sequência de momentos muito intensos de prazer e sofrimento. Sofrimento que valoriza o prazer que lhe segue e o extingue, numa sucessão de momentos em que ele investe/desinveste na droga seus afetos e desejos de um modo súbito, imperioso e massivo.

Gradualmente o prazer dá lugar ao estreitamento do mundo do adito, estreitamento este que, no entanto, lhe aparece a única opção possível, debruçado que está entre a oscilação radical entre o ser e o não-ser. Opondo-se à incerteza dolorosa sobre as coisas do mundo, o adito tem na interação com a droga a certeza da "repetição" que o emancipa de um mundo que se mostra de temores, incompletudes e imagens parciais.

Olivienstein cita uma frase do escritor americano Burroughs: "o prazer da droga é o de viver sob a lei do costume (repetição)". Essa "repetição" mata o futuro, tornando ao fim o usuário não mais um corpo do prazer ou do sofrimento, mas alguém que não é mais que o produto, de quem é ao mesmo tempo o mestre e o escravo. A reversão da dependência é por isso um retorno do fluxo temporal, da ritmicidade que sucede à desmedida e à evocação do tempo do prazer (o paraíso perdido).

Olivienstein diz que a dependência é uma lembrança que age, um movimento em que o produto serve de reserva e recarga para o indivíduo, que sem ele retorna à sua fragmentação inicial. A idéia que nos parece sumarizar o pensamento do autor é a de que a dependência, embora inscrita nos marcos da biologia e da sociologia, as ultrapassa ao lidar com os sentimentos tão intensos como indescritíveis do êxtase e da unidade.

Costa⁽¹⁾ aborda a dependência dentro da exposição de um quadro clínico que ilustra suas reflexões sobre "Violência e psicanálise". O autor diz que o consumo aditivo da droga é uma tentativa de desmentir a realidade do corpo como substrato tanto do prazer como da dor, corpo limitado e portador da certeza da mortalidade. A droga "inocentaria"⁽²⁾ de forma mágica o corpo, tentando frustradamente convertê-lo no lugar exclusivo do prazer.

A exploração contínua das sensações corporais através da experiência repetida do drogar-se seria uma defesa maníaca

(1) COSTA, J.F. "Violência e identidade". In: COSTA, J. F. **Violência e Psicanálise**, Rio, Graal, 1984.

(2) Trata-se do uso, por extensão, de um conceito de P. Aulagnier.

ca (1) sobre um fundo depressivo, que no entanto emerge à tona da consciência do indivíduo quando a droga trai o corpo na promessa de só lhe dar prazer. A possibilidade de a droga trazer ao indivíduo um prazer "ao seu dispor" representa simbolicamente a idéia de auto-suficiência erótica. A reflexão sobre unidade e êxtase também ocorre a Costa, que diz ser o adito um "Deus entre parentes", um indivíduo que no êxtase coloca-se além das dúvidas sobre a sexualidade e a vida.

As reflexões de Aulagnier(2) permitem alargar a compreensão do fenômeno da dependência uma vez que a autora aborda alguns conceitos também utilizados por Olivienstein e Edwards de um ponto de vista diverso, mas ao nosso ver complementar, além de trazer inúmeras contribuições originais. A autora situa a adição, seja ela à droga ou ao jogo (dois exemplos em que se detem), como forma de paixão (relação assimétrica) entre o indivíduo e um objeto (a droga, o jogo). O objeto da paixão é a fonte exclusiva de todo o prazer do apaixonado. O prazer passa a ser, antes de tudo, uma necessidade.

A droga evocaria, segundo a autora, um prazer do pensamento, uma "sensorialidade pensada" - uma representação do mundo percebida de maneira irrecusável - representação para a qual não fazem sentido os juízos acerca do verdadeiro e do falso. O drogadito teria certeza de que alcança as variedades e sutilezas do mundo vedadas aos

(1) Conceito desenvolvido por Melanie Klein que significa a tentativa de uma imposição de ações e de idéias de triunfo, poder e desprezo sobre um quadro atravessado pela impotência, culpa e depressão (PETERS, U.H. *Worterbuch der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie*, Munique, Urban e Schwarzenberg, 1977.

(2) AULAGNIER, P. *Les destins du plaisir*. Paris, Presses Universitaires de France, 1979.

que não têm acesso às suas inter-relações mágicas com a droga, e por isso compartilha esses significados mágicos e ocultos do real com outros usuários, formando grupos de "iniciados".

A drogadição seria um compromisso entre o desejo de não mais pensar a realidade e a recusa ou impossibilidade de romper radicalmente com ela e recorrer à sua reconstrução delirante (como na psicose), ou ainda, um compromisso entre o desejo de preservar e o desejo de reduzir o pensamento ao silêncio. O prazer advindo do consumo aditivo de substâncias psicoativas é um prazer tenso e exclusivo, que quanto mais se prolonga e intensifica mais traz os riscos da sua própria destruição.

O adito atribui exclusivamente ao objeto **droga** a responsabilidade e a escolha das representações que se impõem a seu pensamento, e acreditáramos com Edwards⁽¹⁾ a explicação de diversos de suas atitudes. A autora acredita que o prazer do consumo da droga é, antes de tudo, um prazer do pensamento, que tem seu limite no corpo em função da possibilidade de sofrimento quando da sensação aguda da falta. A sexualidade ficaria obscurecida pela droga havendo um superinvestimento⁽²⁾ de um conjunto específico de representações e percepções que a interação entre o adito e a "droga" evoca.

O prazer outro que não o obtido pelo consumo da "droga" é visto como um obstáculo e uma ameaça ao prazer que se origina na relação "adito - droga". Há um silenciamento

(1) EDWARDS, G. Drugs, drug dependence and the concept of plasticity. *Quart. J. Stud. Alc.* 35:176-95, 1974.

(2) Conceito relativo à economia psíquica. Implica um investimento exagerado de "energia psíquica" em um determinado objeto e/ou representação (LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. Presses Universitaires de France, 1976.

das atividades (sexuais) dirigidas ao outro e um reinvestimento narcísico na atividade psíquica do próprio indívíduo. Há uma clivagem entre a "alteridade"⁽¹⁾ da sexualidade e a paixão que o indivíduo dirige ao próprio pensamento.

Concordando com a análise de Olivienstein a propósito da frase de Burroughs de que "o prazer da droga é o viver sob a lei do costume", Aulagnier analisa a paixão do jogo como a busca pelo jogador compulsivo de um confronto constante com um acaso falso, uma repetição de instantes condensados onde o jogador, mais que cartas ou dados, joga o seu destino.

Esse acaso condensado e repetido é de fato um pobre simulacro da real interação do homem com a imprevisibilidade do acaso.

Também o adito, incapaz de jogar com o futuro e o acaso um "jogo sem cartas marcadas", prefere o conforto de um êxtase que ele repetidamente se auto-administra, num frágil compromisso de equilíbrio entre prazer e destruição.

Essa tensão, esse frágil equilíbrio entre a satisfação do prazer e o sofrimento, é, como mostrou Olivienstein, um combate de lembranças, um combate de intensidades. O prazer torna-se inapelavelmente um momento imerso no sofrimento. A relação aditiva começa a ser desfeita quando o sujeito compreende que a duração do prazer foi ultrapasasado pela do sofrimento - a áspera confrontação do adito com seus limites. A paixão que se instalou de um golpe

(1) O termo apesar do seu uso dentro do jargão psicológico, não está dicionarizado. Não encontramos, no entanto, substituto adequado.

que não têm acesso às suas inter-relações mágicas com a droga, e por isso compartilha esses significados mágicos e ocultos do real com outros usuários, formando grupos de "iniciados".

A drogadição seria um compromisso entre o desejo de não mais pensar a realidade e a recusa ou impossibilidade de romper radicalmente com ela e recorrer à sua reconstrução delirante (como na psicose), ou ainda, um compromisso entre o desejo de preservar e o desejo de reduzir o pensamento ao silêncio. O prazer advindo do consumo aditivo de substâncias psicoativas é um prazer tenso e exclusivo, que quanto mais se prolonga e intensifica mais traz os riscos da sua própria destruição.

O adito atribui exclusivamente ao objeto **droga** a responsabilidade e a escolha das representações que se impõem a seu pensamento, e acreditaríamos com Edwards ⁽¹⁾ a explicação de diversos de suas atitudes. A autora acredita que o prazer do consumo da droga é, antes de tudo, um prazer do pensamento, que tem seu limite no corpo em função da possibilidade de sofrimento quando da sensação aguda da falta. A sexualidade ficaria obscurecida pela droga havendo um superinvestimento ⁽²⁾ de um conjunto específico de representações e percepções que a interação entre o adito e a "droga" evoca.

O prazer outro que não o obtido pelo consumo da "droga" é visto como um obstáculo e uma ameaça ao prazer que se origina na relação "adito - droga". Há um silenciamento

(1) EDWARDS, G. Drugs, drug dependence and the concept of plasticity. *Quart. J. Stud. Alc.* 35:176-95, 1974.

(2) Conceito relativo à economia psíquica. Implica um investimento exagerado de "energia psíquica" em um determinado objeto e/ou representação (LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. Presses Universitaires de France, 1976.

das atividades (sexuais) dirigidas ao outro e um reinvestimento narcísico na atividade psíquica do próprio indivíduo. Há uma clivagem entre a "alteridade"⁽¹⁾ da sexualidade e a paixão que o indivíduo dirige ao próprio pensamento.

Concordando com a análise de Olivienstein a propósito da frase de Burroughs de que "o prazer da droga é o viver sob a lei do costume", Aulagnier analisa a paixão do jogo como a busca pelo jogador compulsivo de um confronto constante com um acaso falso, uma repetição de instantes condensados onde o jogador, mais que cartas ou dados, joga o seu destino.

Esse acaso condensado e repetido é de fato um pobre simulacro da real interação do homem com a imprevisibilidade do acaso.

Também o adito, incapaz de jogar com o futuro e o acaso um "jogo sem cartas marcadas", prefere o conforto de um êxtase que ele repetidamente se auto-administra, num frágil compromisso de equilíbrio entre prazer e destruição.

Essa tensão, esse frágil equilíbrio entre a satisfação do prazer e o sofrimento, é, como mostrou Olivienstein, um combate de lembranças, um combate de intensidades. O prazer torna-se inapelavelmente um momento imerso no sofrimento. A relação aditiva começa a ser desfeita quando o sujeito compreende que a duração do prazer foi ultrapassado pela do sofrimento - a áspera confrontação do adito com seus limites. A paixão que se instalou de um golpe

(1) O termo apesar do seu uso dentro do jargão psicológico, não está decionarizado. Não encontramos, no entanto, substituto adequado.

(o momento indefinível que separa o consumo regular não aditivo da adição), retirando o adito do mundo das escolhas e colocando-o no mundo da repetição compulsiva, aparece em outra ocasião ao indivíduo como uma solução mesquinha das suas possibilidades.

Como disse Baudelaire, o adito compreende que a complexa alquimia do prazer e do sofrimento transformou-o num Midas - o que tudo tornou ouro - um conviva de um prazer que o oprime, um alquimista triste.

Cad. IMS; RJ; v. 2; nº 2; p.185 - 192; junho/junho 1988.



UMA RELAÇÃO DE AMOR EM DOIS TEMPOS;

SOBRE A FOTOGRAFIA E A ANTROPOLOGIA

MARIA ANDRÉA LOYOLA

UMA RELAÇÃO DE AMOR EM DOIS TEMPOS: SOBRE A FOTOGRAFIA E A ANTROPOLOGIA *

MARIA ANDRÉA LOYOLA

RESUMO

O presente trabalho analisa a relação entre a antropologia e a fotografia a partir de uma experiência concreta de trabalho vivida por uma fotógrafa e uma antropóloga (e suas companheiras de trabalho), durante uma pesquisa sobre terapias populares. Discute-se algumas premissas que orientaram esta relação e que foram tornando-se evidentes ao longo do processo de trabalho. Coloca algumas hipóteses sobre as possibilidades e os limites da atuação interprofissional, tendo como referência a natureza e as singularidades da antropologia e da fotografia.

Trabalhando com a mesma realidade, o fotógrafo e o antropólogo podem ter em comum a tarefa de captar a especificidade que caracteriza essa realidade. Mas, além de utilizarem técnicas que os diferenciam, eles investem-se de disposições e de competências distintas: o fotógrafo, como um artista, trabalha com a imagem e com a emoção; o antropólogo, como um cientista, com a palavra e com a razão.

* Extraído de Cadernos de Textos de Antropologia Visual, do Museu do Índio publicado durante o I Encontro de Antropologia Visual, realizado no Rio de Janeiro.

Esse dualismo simplista presidiu, por muito tempo, a relação de trabalho que Ana Regina Nogueira e eu iniciamos no final de 1978, durante a pesquisa que coordenei sobre terapias populares no bairro de Santa Rita, município de Nova Iguaçu.⁽¹⁾

Há muito tempo desejava utilizar a fotografia em minhas pesquisas, mas não tinha muita idéia de como fazê-lo. Sa**bia** que não queria um mero registro, mas alguma coisa que complementasse e se integrasse à análise e que forne**cesse** ao leitor uma imagem sensível da realidade em ques**tão**. Queria também fotos bonitas, com qualidade técnica, e não aquele amontoado de sombras mal enquadradas que os antropólogos em geral costumam fazer.

Escolhi Ana porque gostei de seu trabalho embora, na época, não soubesse ainda olhar direito uma foto.

Uma série de locais e de informantes da pesquisa foram fotografados ao término da primeira etapa do trabalho de campo, e os resultados foram reunidos numa enca**der**nação, cuja seleção e seq**uê**ncia seguiam uma lógica própria, isto é, a lógica do fotógrafo. As fotos fica**ram** lindas e tecnicamente perfeitas, mas nós, antropó**lo**gos, não ficamos muito satisfeitos. Ou melhor, ficamos "estranhados".

Depois descobri por quê: sem dúvida, um "clima" do local havia sido captado, mas esse clima não coincidia com o clima percebido ou desejado por nós, antropólogos; a **emoção** do fotógrafo não casava com a **razão** (com a emoção, eu diria) do antropólogo; nossas imagens não coincidiam.

(1) Essa pesquisa foi patrocinada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e financiada pela FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos). Seus resultados em português encontram-se no livro de minha autoria, **Médicos e curandeiro, conflito social e saúde**, São Paulo, Difel, 1984.

Decidimos então que na segunda fase da pesquisa o trabalho fotográfico seria desenvolvido juntamente com o nosso, e não a posteriori, como ocorrera com o primeiro. Decidimos também que as fotos seriam feitas a cor e montadas num audiovisual. Assim, imagens e palavras poderiam se integrar mais facilmente.

Os problemas não tardaram a aparecer. Os membros da equipe, não habituados com a presença de um fotógrafo em campo e percebendo nele a representação (no sentido teatral) de sua própria atividade, ficaram constrangidos e incomodados com sua atuação; achavam que ele desrespeitava os informantes, penetrando impudicamente em sua intimidade, pela aproximação física excessiva (closes) e, principalmente, pela personalização indevida e totalmente contrária aos cânones da ciência (registrando ou fixando impressões, posturas corporais, objetos pessoais, identificando as pessoas). Afinal, só os antropólogos têm o direito de fazer isso, pois assimilaram durante um longo período de aprendizagem a técnica de ser indiscreto, de bisbilhotar e de penetrar na intimidade alheia, guardando as devidas distâncias. A mim também incomodavam esses "avanços" intimistas. Mas observava, ao mesmo tempo, que os desrespeitados informantes estavam bem à vontade (mais à vontade, aliás, que diante de nosso gravador e de nossas perguntas) e que adoravam mesmo serem fotografados. Por outro lado, estava curiosa e, como coordenadora da pesquisa, tinha que levar o trabalho até o fim. Mesmo porque o trabalho fotográfico custa caro e não é visto como essencial ao trabalho dos antropólogos pelas instituições de pesquisa; muito menos pelas agências financiadoras.

A parte de fotografia passou então, e lastimavelmente, a ser feita de forma separada. Acompanhava Ana pelos lo

cais pesquisados e ia lhe indicando o que eu achava que devia ser fotografado. Falava-lhe longamente sobre a pesquisa e por que desejava tal ou qual foto. Ela me falava sobre a fotografia, sobre as imagens que tinha produzido, que incluíam, além das fotos que eu solicitava, inúmeras outras de sua própria iniciativa. A relação ocorreu solta, comunicativa, apaixonante.

Até que chegou o momento de montar o audiovisual. Recebo, logo no início, um telefonema de Ana dizendo que a parte visual do áudio estava pronta e que eu fosse vê-la para elaborar o texto. Estranhei que tivesse sido excluída desse processo, mas fui ver para crer. E, como eu temia, o que vi não tinha nada a ver com o que eu imaginava. Repetindo o processo da primeira etapa, ela havia selecionado as fotos por sua qualidade estética e as seqüenciara segundo a mesma lógica: pelo "barato" ou emoção que certas imagens, colocadas juntas, provocavam.

Aí começou a briga. Ela não abria mão desse princípio; eu achava que tanto a seleção quanto a seqüência das fotos deviam exprimir um "barato" estético, mas, principalmente, a realidade investigada tal como eu a concebia ou enxergava. Na época achava, inclusive, que o roteiro das fotos devia corresponder ao nosso roteiro empírico: mostrar Nova Iguaçu, o trem lotado no qual as pessoas iam e vinham, a estrada poeirenta que levava a Santa Rita, o aspecto geral do bairro, as fossas a céu aberto, o interior das casas, o trabalho e o cotidiano das pessoas, e, em seguida, os agentes de saúde, seus rituais e suas práticas.

Por um bom momento ficamos nesse impasse, sem que uma nem outra abrisse mão de suas razões. Resolvi dar um tempo e escrever o texto. Sentia-me como numa perna só,

tendo que falar sobre imagens "sem imagens" ou sobre ima
gens sem um imaginário próprio. Sentia-me expropriada
de meu trabalho e submetida à vingança inconsciente da
Ana que, em nome de todos os fotógrafos, tentava me impu
tar o papel que tradicionalmente lhes coube: o de docu
mentarista/ilustrador. Tinha que ilustrar com palavras
um trabalho que não me pertencia, a "visão" de uma realidi
dade que eu não conseguia enxergar do mesmo modo.

Escrevi o meu texto e, naturalmente a briga continuou.
Agora em cima do texto, considerado puramente racional,
frio, sem poesia ou emoção, em suma, completamente inade
quado à estética das imagens.

Nessa altura nossas relações estavam tão difíceis, para
não dizer impraticáveis, que alguns mediadores foram
acionados: um fotógrafo especialista em audiovisual e
uma antropóloga que já havia trabalhado com fotografia.
Com uma dose singular de paciência e vontade de acertar,
acompanhamos o trabalho dos dois - ele mexendo com as
imagens; ela com o texto - sem chegarmos a uma conclusão.
Finalmente decidimos fazer uma troca: eu tentaria montar
as imagens como eu imaginava que elas deveriam ser montada
das e Ana tentaria tornar o texto original mais caloroso
so. Ela acabou não mexendo no texto, mas retrabalhou longa
mente minha montagem. No final de uma semana, pondo,
tirando, trocando, passando e repassando slides juntas,
chegamos a um acordo.

Após esta batalha, a escolha do fundo musical foi rápida
e sem problemas, e um belo audiovisual me acompanhou em
minha viagem para a França, para onde fui escrever e fa
lar sobre a pesquisa. Depois de uma dessas palestras me
fizeram o seguinte comentário: "Sem o audiovisual se
ria difícil entender muita coisa do que você disse."

Um ano depois Ana apareceu em Paris. Mostrei-lhe o artigo sobre a pesquisa que havia escrito para a revista **ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES** e, morrendo de medo, as fotos que havia selecionado para acompanhar o artigo. Seu comentário foi simples: Perfeito! A mesma palavra ouvi dela quando lhe mostrei as fotos selecionadas para o livro que escrevi, também na França, sobre a pesquisa.⁽¹⁾

Como e por quais caminhos chegamos a esta "perfeição" eu não sei dizer mais do que disse. O fato é que hoje acho que já sei olhar uma foto e me sinto mais preparada para lidar com o fotógrafo e explorar melhor a fotografia em meu trabalho. E acho que Ana descobriu que uma foto não perde sua qualidade estética, nem o fotógrafo o seu valor, pelo fato de se integrar numa lógica outra. Eu reelaborei minha visão das fotografias depois de haver analisado o material da pesquisa (no início achava que elas deveriam revelar o escopo empírico da pesquisa; depois, as idéias centrais que nortearam a análise), e ela também depois de ter lido o meu artigo. Nesse terreno conceitual e abstrato nossas sínteses se encontraram, nosso conflito se apaziguou. Como é difícil, não obstante possível, nas relações interdisciplinares em geral, criou-se um espaço em que as fronteiras se dissolveram e a realidade que cada uma tentava aprisionar, e aprisionou, à sua maneira se impôs para além de novos embates profissionais.

Sobre o pressuposto colocado no início e explicitado durante a montagem do áudio, que passamos a discutir com

(1) LOYOLA, M.A. *L'Esprit et le corps; des therapeutiques populaires dans la banlieu de Rio.* Paris, Editions de la Maison des Sciences de L'Homme, 1983.

frequência desde então, eu faria os seguintes reparos. Se o fotógrafo se ancorou na estética ou na linguagem pessoal para abrir ou alargar seu espaço social, para diferenciar-se dos retratistas, ilustradores, jornalistas e da massa de fotógrafos amadores que as kodaks da vida fazem proliferar todo dia, para impor sua autonomia e enobrecer sua arte ou o seu trabalho, ele não tem por isso o privilégio da emoção, nem deve abrir mão da ração como exclusividade da ciência.

Fotógrafo e antropólogo têm em comum o fato de que ambos sintetizam a partir de detalhes; estão atentos às linguagens do corpo, dos gestos, assim como a das expressões e dos costumes, e as incorporam à sua própria linguagem. Ambos produzem imagens e dirigem o olhar do observador/leitor sobre a realidade. Se a emoção conduz e determina o clique do fotógrafo, é também a emoção que, em grande parte, conduz a escolha, a percepção e a relação que o antropólogo mantém com seu objeto de estudo, até o término de cada um de seus trabalhos e, muitas vezes, por toda a vida. Assim como o fotógrafo utiliza-se da técnica fotográfica para enquadrar sua emoção, da mesma forma o antropólogo o faz, servindo-se de seus métodos e técnicas de pesquisa. Da mesma forma que o antropólogo analisa e critica a realidade que observa, o fotógrafo também o faz.

A diferença fundamental entre os dois está, a meu ver, no fato de que o fotógrafo recorta e fixa a realidade, decompondo-a, analisando-a e sintetizando-a no momento do clique, enquanto o antropólogo registra, recorta, decompõe e remonta a realidade num novo todo que constitui a sua síntese. Se as teorias e a tecnologia orientam o trabalho do fotógrafo, e as teorias sociais e a metodologia científica o do antropólogo, na prática esse proces

so, para ambos, me parece ser um só: o da criação. Criação que, quando eles operam em conjunto, será melhor e mais produtiva se o antropólogo informar o olhar do fotógrafo e o fotógrafo iluminar o olhar do antropólogo.

PRÓXIMO NÚMERO

Os Fundadores da Reflexão Moderna sobre o Sexual

Artigos diversos abordando os trabalhos de Freud, Krafft-Ebing, Michel Foucault, Kinsey, etc.