



**A. S. Chacham**

**Álvaro Pereira Nascimento**

**Celso Ricardo Monteiro**

**Dante Marcello Claramonte Gallian**

**Izabel Cristina Rios**

**Osvaldo Coggiola**

**S. G. Diniz**

**Taís Fátima Moreti de O. Neves**

**O viver e o morrer humano**



## "Deus, em tua Graça, transforma o mundo"

### Um convite à oração

Irmãs e irmãos, Saudamos vocês em Cristo. Como representantes de igrejas de todas as regiões do mundo estamos congregados em Porto Alegre, Brasil, na primeira década do terceiro milênio e na primeira assembléia do Conselho Mundial de Igrejas realizada na América Latina. Fomos convidados aqui a unir-nos numa festa da vida. Estamos orando, refletindo sobre as Escrituras, lutando e alegrando-nos em nossa unidade e diversidade e procurando ouvir-nos mutuamente com atenção no espírito do consenso.

Reunidos em Fevereiro de 2006 somos alertados pelos participantes da Assembléia dos gritos que se levantam diariamente em seus países e em suas regiões devido a desastres, conflitos violentos e situações de opressão e sofrimento. Mas também somos autorizados por Deus a dar testemunho visando a transformação na vida pessoal, nas igrejas, na sociedade e no mundo como um todo.

Desafios específicos e chamados à ação estão sendo comunicados às igrejas e ao mundo nos relatórios e nas decisões da Assembléia, como o desafio à unidade cristã, a convocação a renovar o compromisso com a Década de Superação da violência (2001 a 2010) que está a meio caminho, o discernimento de meios proféticos e programáticos para alcançar justiça econômica global; engajamento no diálogo inter-religioso; a plena participação de mulheres e homens de todas as gerações, e posicionamentos conjuntos dirigidos às igrejas e o mundo a respeito de assuntos públicos.

O tema desta Nona Assembléia é uma oração, "Deus, em tua graça, transforma o mundo!". Na oração o nosso coração é transformado, portanto oferecemos a nossa mensagem como oração:

*Deus, em Tua graça,  
pelo amor do teu Filho Jesus Cristo e o sopro do Espírito Santo,  
Tu crias e sustentas o Teu universo.  
Deus da graça, juntos nos voltamos a Ti em oração, porque  
és Tu quem nos une:  
És o Deus uno – Pai, Filho e Espírito Santo - em quem cre-  
mos,  
Somente Tu nos dás força para fazer o bem,  
e nos envias para toda a terra em missão e serviço em nome  
de Cristo.  
Confessamos diante de ti e de toda a gente:  
Fomos servos indignos.  
Temos usado mal a e abusado da criação.  
Nos ferimos mutuamente através de divisões em todo lugar.  
Falhamos muitas vezes em agir decididamente contra a des-  
truição ambiental, pobreza, racismo, divisão em castas, guer-  
ra e genocídio.  
Não somos apenas vítimas, mas também agentes de violên-  
cia.*

*Em tudo não conseguimos ser discípulos de Jesus Cristo que  
em sua encarnação veio a salvar-nos e ensinar-nos como amar.  
Perdoa-nos, Deus, e ensina-nos a perdoar-nos mutuamente.  
Deus, em tua graça, transforma o mundo!*

*Deus, ouve os gritos de toda a criação,  
os gritos da água, do ar, da terra e todos os seres vivos;  
os gritos de todas as pessoas que são exploradas, marginali-  
zadas, abusadas e vitimadas,  
todas as pessoas que são espoliadas e silenciadas, a sua  
humanidade ignorada,*

*todas as pessoas que sofrem de alguma forma de doença, da  
guerra e dos crimes dos arrogantes que fogem da verdade,  
distorcem a memória e negam a possibilidade da reconcilia-  
ção.*

*Deus, conduz todas as pessoas que exercem autoridade a  
tomarem decisões de integridade moral.*

*Deus, em tua graça, transforma o mundo!*

*Damos graças por Tuas bênçãos e sinais de esperança que já  
estão presentes no mundo,  
entre pessoas de todas as idades e nas que antes de nós  
andaram na fé;*

*nos movimentos de superar a violência em todas as suas  
formas, não apenas por uma década, mas para sempre;  
nos diálogos profundos e abertos que começaram tanto em  
nossas próprias igrejas e com gente de outra fé na busca por  
compreensão e respeito mútuos;*

*em todas as pessoas que trabalham juntos por justiça e paz –  
tanto em circunstâncias excepcionais quanto no dia a dia.*

*Agradecemos-Te pela Boa Nova de Jesus Cristo e a certeza  
da ressurreição.*

*Deus, em tua graça, transforma o mundo!*

*Que as nossas orações, pelo poder e a orientação do teu  
Santo Espírito, ó Deus,*

*nunca sejam palavras vazias,  
mas uma resposta urgente a Tua palavra viva –  
em ação não-violenta e direta em favor de mudanças positi-  
vas,*

*em atos específicas arrojadas e claros de solidariedade, libe-  
ração, cura e compaixão.*

*Prontamente compartilhando as boas novas de Jesus Cristo.  
Abre os nossos corações para que amem todos os povos e  
vejam que são feitos à Tua imagem, e para que cuidemos da  
criação e fortaleçamos a vida em toda a sua diversidade  
admirável.*

*Transforma-nos na oferta de nós mesmos para que sejamos  
Teus parceiros na transformação,  
lutando pela unidade plena e visível da uma Igreja de Cristo,  
tornando-nos vizinhos para todos,  
enquanto aguardamos com ansiosa saudade a plena revela-  
ção do Teu reino*

*na vinda de um novo céu e uma nova terra.*

*Deus, em tua graça, transforma o mundo. Em Nome do Pai,  
do Filho e do Espírito Santo. Amém.*

Revista bimestral de KOINONIA  
janeiro/fevereiro de 2006  
Ano 28 nº 345

**KOINONIA Presença Ecumênica  
e Serviço**

Rua Santo Amaro, 129  
22211-230 Rio de Janeiro RJ  
Tel (21) 2224-6713 Fax (21) 2221-3016  
koinonia@koinonia.org.br  
www.koinonia.org.br

**CONSELHO EDITORIAL**

Emir Sader  
Francisco Catão  
Gilberto Barbosa Salgado  
Joel Rufino  
Luís Henrique Dreher  
Maria Emilia Lisboa Pacheco  
Maria Luiza Rückert  
Sérgio Marcus Pinto Lopes  
Yara Nogueira Monteiro  
**CONSELHO CONSULTIVO**  
Carlos Rodrigues Brandão  
Ivone Gebara  
Jether Pereira Ramalho  
Jurandir Freire Costa  
Leonardo Boff  
Luiz Eduardo Wanderley  
Rubem Alves

**EDITOR**

Zwinglio M. Dias  
(conforme convênio de 6/12/2002 com  
a Universidade Federal de Juiz de Fora)

**EDITORA ASSISTENTE**

E JORNALISTA RESPONSÁVEL  
Helena Costa  
Mtb 18619

**ORGANIZADORA DESTE NÚMERO**  
Ester Almeida

**ASSISTENTE DE COMUNICAÇÃO**  
Manoela Vianna

**EDITORA DE ARTE**

Martha Braga

**DIAGRAMAÇÃO**

Martha Braga

Marta Strauch

**COPIDESQUE**

Carlos Cunha

**PESQUISA ICONOGRÁFICA**

Andréa Carvalho

**SECRETÁRIAS DE REDAÇÃO**

Ana Emilia Gualberto

Angela Viehmayer

**CAPA**

Ilustração de Marta Strauch

**PRODUÇÃO GRÁFICA**

Rita Beatriz Speranza

**IMPRESSÃO**

Gráfica Clip

Os artigos assinados não traduzem  
necessariamente a opinião da Revista.

Preço do exemplar avulso

R\$ 3,50

Assinatura anual

R\$ 21,00

Assinatura de apoio

R\$ 28,00

Assinatura/externo

US\$ 50,00

ISSN 0103-569X

**ANTROPOLOGIA**  
**Liberdade de opinião e os limites  
da tolerância – solidariedade e dignidade  
da pessoa humana**

**6**

**O VIVER E O MORRER HUMANO**

**TRANSUMANAR**

**A (re)humanização da Medicina**

**7**

Dante Marcello Claramonte Gallian

**RESGATE**

**Ambiente hospitalar, justo, ético e solidário**

**11**

Izabel Cristina Rios

**DECOISIFICAÇÃO**

**O início de uma nova vida**

**13**

Taís Fátima Moreti de O. Neves

**MAIS-VIDA**

**Humanização do parto: que história é essa?**

**17**

S. G. Diniz e A. S. Chacham

**DEUSES-HOMENS**

**Quarto de Santo: O Nascer e  
Morrer pela Barriga do Candomblé  
nos Quintais do Brasil**

**23**

Celso Ricardo Monteiro

**TEOLOGIA**

**Sobre doenças e curas**

**28**

Ivone Gebara

**EXCLUSIVO**

**A revolta da França: o galo da Europa  
se espreguiça**

**31**

Osvaldo Coggiola

**AFRO-VIDA**

**História da África Diáspora Africana  
e Pós-abolição**

**37**

Álvaro Pereira Nascimento

**DÉCADA**

**Para superar a violência**

**41**

*Nesta edição tratamos de um tema complexo.*

controverso, cada vez mais inserido nas preocupações cotidianas das pessoas – a questão da humanização ou re-humanização dos procedimentos médicos relativos ao binômio saúde/enfermidade. É fato que a precariedade da atenção à saúde em nossa sociedade, particularmente para a imensa maioria da população, continua sendo um tema presente todos os dias nas páginas dos jornais e nos programas ditos informativos da televisão. Mas esta ocorrência longe está das questões de fundo que envolvem a conceituação do profissional da saúde, seja no processo de recuperação de uma saúde perdida, seja na preservação de um estado conhecido como saudável de grande parte dos cidadãos brasileiros.

Esta situação tem a ver com o processo científico que, a partir de meado do século XIX contaminou a dimensão, até então profundamente humanista que caracterizava a atividade médica, reduzindo-a a um exercício de experimentação científica, voltada apenas para o "comportamento físico-químico de órgãos, tecidos e células" ao fundamental-se apenas "nas ciências exatas e biológicas e abandonar as contribuições importantes das ciências humanas".

Na presente condição de nossa sociedade contemporânea observamos a existência de um verdadeiro divórcio entre o entendimento que os profissionais da saúde (ou da doença?) têm de sua função social e o que deles esperam seus pacientes e a população em geral. Os enormes progressos científicos e tecnológicos ocorridos a partir do século XIX desenvolveram-se numa velocidade jamais imaginada, oferecendo aos médicos métodos clínicos quase infalíveis na formulação de diagnósticos e uma quantidade imensa de medicamentos, propiciando-lhes grandes êxitos nos processos de cura e conduzindo-os, com isso, a um domínio quase total sobre as enfermidades. Por outro lado, a maior parte da população permaneceu cativa da visão humanista da medicina, consolidada nos inícios do século XIX, mas caudatária da concepção clássica, que entendia o profissional da saúde como um homem sábio, detentor de um conhecimento amplo, que passava pelos campos da Arte, da Filosofia e da História. Estas duas visões diferenciadas, contraditórias mesmo, são responsáveis pelo mal-estar que preside as relações entre médicos e pacientes no contexto desta sociedade patogênica em que vivemos. Como assinala um autor... "as pessoas são incitadas a se entregarem 'àqueles que sabem'; a cura, o equilíbrio físico e psíquico não são mais obtidos através da 'arte de viver', da 'virtude' e da 'higiene' no sentido antigo, mas sim através de constantes intervenções técnicas. Os ordenadores destas intervenções persuadiram as pessoas de que, para viver, sobreviver, curar-se ou suportar seus males, elas devem se cercar de uma espécie de bula terapêutica, permanentemente 'quimiquizada', 'asséptica', trançülizada, estimulada, regulada e controlada... Os antropólogos e os especialistas em epidemias sabem disso muito bem: os indivíduos não ficam doentes apenas quando são atingidos por algo externo e acidental e que pode ser curado com a utilização de cuidados técnicos; eles estão também doentes, mais freqüentemente até, devido à sociedade e à vida que levam. Uma Medicina que pretenda tratar das doenças sem se preocupar com sua sociogênese só pode ter uma função social muito equivocada." Nas páginas seguintes os articulistas desta edição procuram deslindar as questões que envolvem a luta pela humanização do atendimento médico.

Na seção Variedades um tema comum – o Racismo – é tratado a partir da análise de duas realidades totalmente diferentes mas que inspiram visões comuns quando se sonha em tornar verdadeiramente humana a vida dos humanos destruída pela voragem do poder.

É isso aí!

KOINONIA é uma instituição ecumênica assim como ecumênica é a alegria, a paz, a construção, a liberdade e também a tristeza, o medo, a destruição, o esmagamento da vida. No conjunto dos servidores, KOINONIA tem representantes dos que crêem (católicos, protestantes e outros) acima de tudo, no Deus da Vida, da Justiça e da Paz, e ainda representantes de entidades ecumênicas e do movimento social. Pela solidariedade e pela dignidade; contra quaisquer expressões da exclusão e da submissão humana, KOINONIA (em grego, comunhão) afirma seu compromisso radical ecumênico e quer fazer-se sempre presença e serviço.

# CARTAS



Ética: exercício de liberdade  
TP 344 - nov/dez 2005

Envie sugestões, críticas, reclamações e comentários sobre  
TEMPO E PRESENÇA.

E-mail para  
[tp@koinonia.org.br](mailto:tp@koinonia.org.br)  
Cartas para  
Tempo e Presença/Koinonia  
Rua Santo Amaro, 129 Glória  
22211-230 Rio de Janeiro RJ

Já faz tempo que tenho o prazer de ser assinante de *Tempo e Presença*. Infelizmente me vejo obrigado de cortar despesas/investimentos.

Constatando que a assinatura já venceu em julho passado faço aqui a atualização/renovação até julho de 2006 na esperança de renovar quando venham tempos melhores.

Obrigado pela revista e todos os serviços de *Koinonia*.

Atenciosamente, em Cristo sempre,

*Dom André De Witte*  
Ruy Barbosa, Bahia

Começo por pedir-lhes desculpas pelo atraso com que venho renovar a assinatura da valiosa "Tempo e Presença", cujos subsídios me são caros, por sua importância e atualidade! Falo isto com muita propriedade, pois, tenho dado minha modesta contribuição nos cursos de teologia para leigos de minha Paróquia e de outras, abordando Ecumenismo e, também, a Santíssima Trindade!

Gostaria, de, na oportunidade, cumprimentá-los pelos artigos que vêm sendo publicados pela *Tempo e Presença*, que, com toda certeza, beneficiam, substancialmente, a seus leitores, ampliando-lhes o conhecimento e atualizando a visão de mundo no que concerne à longa e fascinante caminhada ecumênica. Acreditamos no Ecumenismo porque acre-

ditamos na oração de nosso querido mestre e Senhor, Jesus Cristo: "Para que todos sejam um..." (Jo 17)

Fraternamente, em Cristo,

*Napoleão Nogueira da Silveira Reis*  
Ipatinga, Minas Gerais

Em primeiro lugar minhas desculpas pela constante irregularidade das minhas remessas para pagamento na assinatura da *Koinonia*, faz parte da confusão geral da minha vida. Infelizmente não estou mais em condições de curtir essa riqueza que é a revista, coisas da vida, idade, etc.,

Por isto, não precisam mais continuar contando com meu nome como assinante. Ainda bem que vocês criaram a "Assinatura Social" e posso passar a alguém essa riqueza. Junto, envio o pagamento da minha assinatura atrasada de 2005 e da social para 2006.

Desejo a vocês todo o sucesso no trabalho e alegria na vida.

Feliz Natal!

*Wanda M. B. Barros*  
Juiz de Fora, Minas Gerais.

# Liberdade de opinião e os limites da tolerância – solidariedade e dignidade da pessoa humana

Na existência do Conselho Mundial de Igreja (CMI) houve sempre uma significativa afirmação do desejo de construir a reconciliação e a unidade da família humana. Para o CMI, ecumenismo é um movimento em busca de integração e unidade no serviço, na missão e na renovação da presença cristã. *Não descobriremos em nossa crescente situação cultural pluralista que aquilo que é bom para um continente ou região não é necessariamente bom para outro?* (Rev. Willem Visser't Hooft, um dos fundadores do Conselho, na assembleia de Upsala, 1968).

A perspectiva enunciada nessas idéias oferece a noção de uma das razões da contribuição do CMI na construção da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), em especial para a elaboração do Art. 18º: *Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.*

Historicamente este imperativo ético-político está à base da doutrina do direito à liberdade de opinião e expressão, afirmada no Art. 19º da

mesma declaração. E os dois artigos têm como fundamento lógico o Art. 2º que ensina a doutrina da não discriminação. A fragilidade e a necessidade da afirmação de tais direitos são exemplarmente indicadas nos recentes casos das charges de Maomé; na opinião do Presidente do Irã sobre a existência de Israel, nas arquibancadas e nos campos de futebol no Brasil e no mundo.

Nosso momento histórico é aquele em que se fazem guerras fundamentadas em desrespeito ao direito internacional (Afeganistão) e em mentiras (Iraque). Situação na qual o desemprego estrutural é justificado com o avanço tecnológico, como se a escolha das tecnologias não fosse um exercício político. Então, a grande mídia se exalta numa aliança europeia para afirmar a necessidade da vigência do Art. 19º. Quem seria favorável à censura?! Porém, a mesma grande mídia (burguesa) se manteve refém das mentiras e justificações da doutrina da guerra preventiva e dos espasmos globalizantes.

Não haverá limites para a liberdade de expressar opiniões? Não diz a mesma Declaração que o conjunto de direitos nela expressos nos torna solidários em responsabilidade para a garantia dos direitos (Art. 29º)? A

mídia burguesa mundial afirma o direito à ridicularização de Maomé e se insurge contra qualquer menosprezo a Israel. Será o velho problema do critério ético? Dois pesos e duas medidas? As discriminações, o racismo, a intolerância religiosa são elementos instigadores de comportamentos sociais que violam direitos (violência).

Em tempos nos quais se valoriza o uso das Forças Armadas para cumprir papel de polícia, nas comunidades das periferias, e não nos condomínios de luxo, é necessário fazer crescer a ética da solidariedade e a opção preferencial pelos pobres. Não podemos calar diante do desrespeito sistemático ao conjunto dos direitos humanos (por isto afirmamos a interdependência, integralidade e indissolubilidade de tais direitos). É papel da teologia (e da teologia ecumênica) interpretar como a fé no seguimento de Jesus nos chama (*vocatio*) a viver em solidariedade afirmadora dos direitos de todas as pessoas. Afirmar e promover direitos é ser solidário cotidianamente a todas as pessoas que têm a própria dignidade de filhas e filhos da Divindade violada.

# A humanização

Dante Marcello C. Gallian

O médico, na origem da medicina, era, antes de tudo, um filósofo. Na Renascença, apesar da revisão de muitos postulados clássicos, a Medicina se afirmava como ciência essencialmente humanística, visão essa que, mesmo com o desenvolvimento do método experimental, se manteve no século XIX. E será que, nas circunstâncias atuais, as ciências humanas nada mais têm a dizer à Medicina?

Em sua origem a Medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanística. Segundo Werner Jaeger, “de todas as ciências humanas então conhecidas, incluindo a Matemática e a Física, é a Medicina a mais afim da ciência ética de Sócrates” (1995, p. 1001). Suas raízes se assentavam no solo da filosofia da natureza e seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como ser dotado de *corpo e espírito*. Neste sentido, para médicos como Hipócrates (nascido em Cós, aproximadamente no ano 460 a. C.) as *doenças não são consideradas isoladamente e como um problema espe-*

*cial, mas é no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que [o médico] se fixa com segura visão* (idem, p. 1007). As causas das doenças, portanto, deveriam ser buscadas não apenas no *órgão* ou mesmo no *organismo* enfermo, mas também e principalmente no que há de essencialmente humano no homem: a *alma*; esse componente espiritual que distingue o homem dos outros organismos vivos do planeta.

Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um *sábio* que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais – pois não podemos nos esquecer que, para o homem grego, os deuses não deixam de ser sujeitos ativos na história e na vida das pessoas. O médico clássico portanto é, antes de tudo, um *filósofo*; um conhecedor das leis da natureza e da alma humana.

Este foi o modelo, a concepção de médico e de medicina que se perpetuou historicamente – obviamente não sem mudanças, rupturas e transformações – no Ocidente até há bem pouco tempo. A Antigüidade Latina herdaria a medicina hipocrática e pouco lhe acrescentaria – assim como ocorreu com boa parte do patrimônio

cultural helenístico absorvido pelos romanos. Na Idade Média, apesar das grandes transformações causadas pelas invasões bárbaras, pela difusão do cristianismo e do islamismo, todo o pensamento filosófico e científico ocidental e oriental continuou, essencialmente, fundamentado no patrimônio clássico. Avicena, Averróis, Isíodo de Sevilha e tantos outros que escreveram ou praticaram a medicina nesses tempos, tinham a Hipócrates e Galeno como paradigmas incontestáveis. É certo que no Renascimento, no alvorecer da Modernidade, muitos dos postulados clássicos começaram a ser revistos, graças ao espírito investigativo que caracterizou o período. Veremos então Michelangelo revolucionando a anatomia ou, um pouco mais adiante, Vessálio contestando a Hipócrates (Porter, 1999, p.163). Isso entretanto, não afetou a concepção filosófica da medicina, que, muito mais agora do que na Idade Média, se afirmava como uma ciência essencialmente humanística.

Mesmo a “Nova Ciência” do século XVII, que concluiu a obra de desconstrução do conhecimento médico clássico-escolástico (idem, p. 201) e o iluminismo, que estabeleceu as bases do método científico contemporâneo, não deixaram de reafirmar o caráter amplamente humanístico da medicina, vista não apenas como ciência, mas também como *arte*. Em 1796, Marie-François-

Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um *sábio* que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais

Xavier Bichat, um dos mais importantes precursores da nova medicina que iria florescer no século XIX, afirmava no seu manifesto de fundação da *Société Médical d'Emulation* que a "arte médica devia pagar um tributo a todas as ciências humanas" (apud Oliveira, p. 357). E, numa longa lista que inclui praticamente todas as ciências consagradas da época aponta: às *belles-lettres*, "por lancharem suas flores sobre uma ciência sublime e bela"; à moral, "porque sem ela o homem chega a um conhecimento apenas imperfeito, grosseiro e material"; à história natural e à filosofia, *pois estamos convencidos* – conclui Bichat – *de que uma teoria médica será tanto mais sábia e mais bem estabelecida quanto mais intimamente se identificar com a ciência das relações, já que a medicina não é mais que o seu corolário ou aplicação* (idem, p.358).

Apesar do rápido desenvolvimento do chamado método experimental – ou simplesmente "método científico" – durante o século XIX, a visão humanística da medicina continuou a dominar diversas gerações de médicos em todo o mundo. Durante essa época forjou-se a imagem romântica

do médico sábio, conhecedor dos avanços científicos no campo da clínica, da patologia, da farmacologia mas também amante da literatura, da filosofia, da história. Homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava a ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era – esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica, mas fundamentalmente humanocientífica; uma operação que envolvia elementos de caráter cultural e psicológico. Por outro lado, essa substancial inserção do médico em seu meio sociocultural, fazia com que seu papel não se restringisse ao de simplesmente curar ou não as enfermidades. Ele era também aquele que, diante dos limites e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, ajudando-os no

sofrimento, na preparação para a morte, além de intervir como orientador nos assuntos mais diversos, tais como o despertar da sexualidade nos adolescentes, os problemas de relacionamento do casal e inúmeras outras questões da vida familiar. Não se pode estranhar portanto que o médico acabasse assumindo outras atividades além da medicina: as artes, as ciências, a história, a literatura, a política, dentre outras.

Paradoxalmente, o mesmo século XIX, que assistiu à consagração da moderna medicina humanística em sua versão romântica, marcou também o início da sua crise. Principalmente a partir da segunda metade desse século, as importantes descobertas em campos como o da microbiologia, desencadearam uma verdadeira revolução no terreno da patologia, gerando profundas transformações na ciência médica em geral. O desenvolvimento das análises laboratoriais e outros métodos clínicos incrementaram consideravelmente a formulação dos diagnósticos, assim como o apa-



A Lição de anatomia do Dr. Tulp, Rembrandt, 1632

recimento de medicamentos como a penicilina, começaram a propiciar aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes na história. Assistia-se a um verdadeiro 'milagre' e, ao se iniciar o século XX, tudo dava a entender que a medicina estava prestes a atingir a sua idade de ouro, o seu estágio de "ciência exata". O que se passava na medicina neste momento não deixava de ser uma manifestação do sentimento que dominava uma grande parcela dos cientistas, intelectuais e ideólogos da época: a crença religiosa no poder salvador da ciência.

Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. Na medida em que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas esvanecia-se no meio médico. História, literatura, filosofia, não deixavam de ser ciências importantes, mas para o médico pouco podiam acrescentar agora que as novas descobertas e métodos *efetivamente científicos* abriam novas dimensões. Estudar história da medicina, por exemplo, poderia ser interessante e 'enriquecedor' do ponto de vista cultural, porém, em termos de utilidade pouca coisa podia acrescentar à formação do médico (Rosen, 1980, p.14), já que a *chave do conhecimento* não estava mais na experiência do passado ou nas *intuições* artísticas ou filosóficas, mas sim no estudo atento e sistemático do comportamento físico-químico dos órgãos, tecidos e células.

A medicina deixava de se apoiar nas ciências humanas para se sustentar essencialmente nas ciências exa-

Os enormes progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores

tas e biológicas. É óbvio que, desde as suas origens, a medicina se fundamentou no estudo dos componentes biológicos do corpo para construir suas teorias, elaborar seus diagnósticos e determinar seus tratamentos, entretanto, nunca em sua história como a partir do período que se inicia no século XIX e se estende até nossos dias, essa fundamentação chegou a ser tão absoluta e dogmática. As descobertas ainda mais surpreendentes que ocorreram nas últimas décadas, principalmente no âmbito da biologia celular e molecular, que ultimamente têm culminado nas pesquisas do genoma, parecem ter definitivamente confirmado a idéia de que a *chave do todo o conhecimento médico* está nas ciências experimentais. Anuncia-se para dentro em breve o descobrimento das verdadeiras causas de todas ou pelo menos quase todas as doenças que flagelam a humanidade. E, desta forma, através de manipulações genéticas, assim como por meio de precisos e eficazes tratamentos preventivos, poder-se-á prever, reverter e principalmente prevenir grande parte das doenças que nos espreitam, como o câncer, as deficiências imunológicas ou os distúrbios cardiovasculares.

Visto assim, as ciências humanas – a história, a filosofia, a literatura –

não têm mais nada a dizer à medicina, a não ser louvar as suas lutas e conquistas e relatar a sua tremenda evolução. Obviamente, um verniz humanístico nunca deixa de ser algo apetecível ao bom médico que zela pela sua imagem de intelectual livre-pensador e, que em última análise, deve se preocupar com as questões de relacionamento médico-paciente. De fato, todo esse processo de super-valorização das ciências biológicas, da superespecialização e dos meios tecnológicos, que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas, trouxe como consequência mais visível, a 'desumanização' do médico. Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste. E isso, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, como também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar o médico, restringindo-lhe barbaramente a disponibilidade para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e formação mais abrangente. Estes dilemas éticos de relação, entretanto, são apenas uma parte – importantíssima, sem dúvida, porém não exclusiva – da questão. A desumanização da medicina deve ser encarada não apenas do ponto de vista ético, de relação entre médico/paciente, mas também do ponto de vista epistemológico.

Será que, efetivamente, nas circunstâncias atuais, as ciências humanas – a história, a filosofia, a literatura, a psicologia – não têm mais nada a dizer no campo do diagnóstico e

Mesmo depois de totalmente desvendado o código genético e desenvolvidas as mais sofisticadas técnicas de diagnóstico e prognóstico clínicos, os médicos continuarão enfrentando limitações e dificuldades que exigirão mais do que o conhecimento científico-tecnológico para que possam ser superadas

do prognóstico médico? É óbvio que ao pensar em termos de saúde pública e, em certos casos, de epidemiologia, os aportes sociológicos e antropológicos são vistos como essenciais e indiscutíveis. Mas, quando adentramos o território da clínica e das especialidades, no que poderiam ajudar os conhecimentos históricos, filosóficos ou literários que determinado médico ou cientista possa ter? Certamente, ninguém discute que tais conhecimentos possam ajudá-lo na questão do relacionamento com o paciente, mas seria só isso? Será que o advento do *conhecimento científico* – entendido aqui no sentido estrito das atuais ciências exatas e biológicas – terá significado a superação definitiva da “medicina humanística”, uma medicina que, carente de conhecimentos efetivamente *científicos*, se viu obrigada historicamente a apelar para saberes *pré-científicos* ou mesmo *pseudocientíficos*?

Dentro desta perspectiva que se poderia chamar de *cientificista-evolucionista* – senão propriamente de *positivista* – a história serviria apenas para trazer à luz do presente as carências, erros e absurdos das te-

orias e procedimentos médicos do passado – apesar da imensa boa vontade e esforço destes – e admirar a lenta e difícil conquista da *verdade científica* no decurso do tempo. Tal teoria da ciência, bastante em voga nos nossos dias, já vem sendo combatida e criticada desde a virada do século por filósofos como Gaston Bachelard e, mais recentemente, Thomas Kuhn, mas parece não ter sido o suficientemente absorvida pela maioria dos médicos e cientistas da saúde contemporâneos, que continuam demasiadamente entusiasmados com as novas perspectivas da ciência. Não que tais perspectivas não sejam de fato entusiasmantes e benéficas, o problema, entretanto, é a falta de reflexão crítica sobre elas; sobre as suas consequências éticas, sociais, culturais, existenciais. Ainda que quase todo o mundo concorde teoricamente, na prática poucos são os que efetivamente estão conscientes de que a ciência e a tecnologia não podem resolver todos os problemas da humanidade. A crença na panacéia científico-tecnológica da atualidade se por um lado impulsiona a evolução do conhecimento, por outro o bloqueia, hipertrofiando certas dimensões da verdade em detrimento de outras.

Certamente, mesmo depois de totalmente desvendado o código genético e desenvolvidas as mais sofisticadas técnicas de diagnóstico e prognóstico clínicos, os médicos continuarão enfrentando limitações e dificuldades que exigirão mais do que o conhecimento científico-tecnológico para que possam ser superadas. E isto é uma realidade que já se experimenta, muitas vezes de forma traumática e desalentadora, nos dias de hoje. Sem dúvida há uma grande necessidade de se ‘reumanizar’ a medicina, de se de-

envolver e fornecer recursos humanísticos para o processo de formação e de atuação do médico e dos cientistas da saúde em geral. E isto, não apenas por uma questão de ética, como já se afirmou acima, mas por uma exigência fundamentalmente epistemológica; pela própria lógica do desenvolvimento do conhecimento científico. Isso porque só se pode falar em verdadeira evolução do conhecimento biológico-médico quando se procura a integração dos saberes que extrapolam o campo eminentemente físico-experimental. As ciências humanísticas têm muito a contribuir para o desenvolvimento das ciências da saúde e da medicina em particular. Mas tal contribuição só se pode efetivar quando médicos, cientistas da saúde, historiadores, filósofos, antropólogos, psicólogos, literatos, pedagogos e alunos, percebam a necessidade de, sem ‘pré-conceitos’ e com o espírito aberto, se constituírem canais comuns de estudo, discussão e troca de experiências. Nunca como hoje se faz tão necessária a reflexão histórico-filosófica para que se possa reumanizar a medicina e as ciências da saúde em geral.

Dante Marcello Claramonte Gallian, diretor do Centro de História e Ciências da Saúde da UNIFESP. E-mail: dante.dac@epm.br.

#### BIBLIOGRAFIA

- JAEGER, Werner. *Paidéia: A formação do homem grego*. São Paulo, Martins Fontes, 1995.
- PROTER, Roy. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity*. New York/London, WW. Norton & Company, 1999.
- ROSEN, George. “O lugar da história na educação médica” in *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- OLIVEIRA, Antônio Bernardes de. *A evolução da medicina: até o início do século XX*. São Paulo, Pioneira/ Secretaria de Estado da Cultura, 1981.
- <http://www.hottopos.com/convenit2/rehuman.htm>

# Ambiente hospitalar,

Izabel Cristina Rios

Avanços nas áreas do conhecimento humano deconoden as transformações sociais se manifestarem lado a lado de comportamentos que engendram solidão, desesperança e violência. Na área da saúde avulsa em uma hierarquia de comando e disciplina, a efetivação da política de humanização se torna um desafio. Ainda assim, a busca de alternativas de atendimento voltada para o usuário não só do "que é feito" mas do "como é feito".

As transformações sociais, econômicas e tecnológicas do século XX determinaram avanços em todas as áreas do conhecimento humano. Determinaram também comportamentos que engendraram a solidão, a desesperança e a violência como a forma de resolver conflitos, explícita nos atos de selvageria que assumem contornos de espetáculo na mídia, dissimulada no modo como se organizam e se estabelecem as relações entre as pessoas nas instituições.

Na área da saúde, a violência institucional se manifesta no modo como se organiza o trabalho e nos discursos que determinam relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Historicamente, foi se configurando desde o controle, a hierarquia rígida, a disciplina autoritária, a tomada de decisões apenas descendente, a alienação em relação ao processo de trabalho e o não-reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais.

Nesse contexto, a humanização surge como um movimento da sociedade e converge para a área da saúde, buscando promover a reflexão e a transformação de valores culturais na perspectiva da construção de relações humanas mais justas, éticas e solidárias.

O termo 'humanização' é recente, mas ações com esses princípios em sua origem são freqüentes nos serviços de saúde há bastante tempo.

No ano 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de

Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo foco era o resgate da subjetividade e a promoção de ações "humanizadoras" entre as pessoas envolvidas no fazer saúde nos hospitais da rede SUS. Em 2004, extinguiu o referido programa e criou a Política Nacional de Humanização (PNH) que muda o patamar de alcance da humanização dos hospitais para todo o Sistema Único de Saúde e define uma política cujo foco passam a ser principalmente os processos de gestão e de trabalho.

Enquanto política, a Política Nacional de Humanização se apresenta como uma diretriz transversal norteadora de qualquer atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da saúde, em qualquer instância de efetuação, ou seja, a humanização não se aplica somente ao *que se faz*, mas principalmente ao *como se faz*.

Ações humanizadoras e atitudes em sintonia com os princípios citados fazem parte da história passada e presente do Centro de Referência e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CRT DST/Aids), referência para a prevenção, tratamento, pesquisa e educação em DST/Aids no estado de São Paulo. O CRT DST/Aids presta atendimento a um vasto público, desde aqueles que o procuram para aconselhamento até usuários que necessitam de internação hospitalar intensiva, incluindo pronto atendimento e acompanhamento ambulatorial. Se considerarmos a carga de

Nesse contexto, a humanização surge como um movimento da sociedade e converge para a área da saúde, buscando promover a reflexão e a transformação de valores culturais na perspectiva da construção de relações humanas mais justas, éticas e solidárias

sofrimento e as mudanças na vida que as doenças crônicas, em particular a Aids, causam às pessoas, torna-se imprescindível um atendimento humanizado como recurso terapêutico.

Na perspectiva, entretanto, de fazer da humanização o fio condutor de uma ética que acompanhe todos os processos institucionais no CRT, criamos o Comitê de Humanização, uma instância pensante e propositiva, que trabalha para a compreensão da nossa realidade e contribui com a elaboração de propostas para o desenvolvimento humano e institucional.

O Comitê é formado de representantes de todos os setores do CRT, incluindo usuários, ouvidoria, grêmio de funcionários, sindicato, Cipa, comissão de ética, terceirizadas, qualidade, comunicação social. Suas principais funções dizem respeito a fazer reconhecimentos diagnósticos de situação, disseminar as idéias da cultura da humanização em todos os espaços institucionais, e propor ações e projetos entre as áreas a partir de suas realidades locais.

Todos os projetos propostos pelo comitê foram incluídos no planejamento estratégico do CRT e contam com o apoio da Diretoria Técnica e das áreas, especialmente a gerência de recursos humanos que dá o apoio logístico ao Comitê.

## LUTA ANTIMANICOMIAL: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÓMIOS

A partir dos anos 1970 instituições de todo o mundo começaram a questionar as formas de tratamento de pessoas portadoras de problemas mentais. A principal crítica se referia à exclusão do convívio social à qual o paciente era submetido. No Brasil o debate intensificou-se em 1987, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, ambos realizados em Bauru (SP). Como resultado desses encontros foi criado o movimento Luta Antimanicomial que propõe o fim dos manicômios e luta por uma sociedade que aceite as diferenças sem marginalizar o sujeito.

A primeira experiência inspirada na Luta Antimanicomial foi o fechamento, em 1989, da Casa de Saúde Anchieta, localizada em Santos (SP). O manicômio foi substituído por núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e por centros de atenção psicossocial (CAPs), que são modelos para todo o País. Os CAPs são casas que reúnem uma equipe de profissionais de saúde mental. Os chamados usuários passam o dia nesse espaço onde recebem acompanhamento clínico e terapêutico. Nos casos de necessidade de internação existem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

No mesmo ano do surgimento dos centros de atenção psicossocial, o

deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso o Projeto de Lei 3.657, que propunha modernizar a legislação (ainda de 1934) e substituir gradativamente os manicômios. Mas o projeto só foi votado 12 anos depois, sendo aprovado somente um substitutivo. A Lei 10.216, aprovada em abril de 2001, estabelece os direitos dos pacientes e regula as internações psiquiátricas, mas não obriga a substituição dos manicômios.

Com a mudança na legislação foram criadas outras leis federais, estaduais e portarias que contribuíram para o fechamento de mais de 60 mil leitos no País. Essas ações atendem às recomendações da Organização Mundial de Saúde, que prevê mudanças no modelo de internação e incentiva a criação de sistemas de atenção de base comunitária.

Atualmente, o movimento de Luta Antimanicomial funciona com uma secretaria nacional e com escritórios estaduais. A cada dois anos são realizados encontros nacionais do movimento, que tem como base sustentadora os conselhos de psicologia. Além disso anualmente no dia 18 de maio a Luta Antimanicomial promove ações em todo o Brasil para divulgar a situação manicomial do País.

Para saber mais, leia o artigo *Como anda a Reforma Psiquiátrica?* de Kátia Machado publicado na revista Radis Comunicação em saúde, editada pela Fiocruz. <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>

Com o trabalho desenvolvido até agora e sua continuidade, o CRT reafirmou seu compromisso com as propostas do SUS, entre elas a do movimento do "Humaniza SUS".

Os primeiros resultados desse empenho coletivo foi a ampliação do espaço institucional de participação comunitária, por meio da aliança com a ouvidoria e a criação do conselho gestor. Nas oficinas de humanização, criaram-se espaços de fala, escuta e reconhecimento do valor de todos na construção do bem coletivo que desejamos. As pesquisas de satisfação, em 2006, deverão subsidiar os processos

de gestão com informações fundamentais para o planejamento e para a organização dos processos de trabalho.

A nosso ver, humanizar está muito além do desenvolvimento de alguns programas. É a própria essência do fazer saúde com qualidade e participação.

Exige a coragem que admite ver a si mesmo honestamente e a confiança na nossa capacidade de transformação da realidade pela inteligência coletiva e pela boa vontade humana.

**Izabel Cristina Rios**, psiquiatra e psicanalista, assistente de recursos humanos e coordenadora do Comitê de Humanização do CRT DST/Aids.

# O início de uma

Tais Fátima Moreti de O. Neves

Baste-nos aqui falar de uma senhora portadora de câncer de mama com metâstases ósseas e pulmonares que depois de ter estado noutras hospitalais (ela possuía recursos bastantes), veio parar num hospital público e testemunhou: "O que eu mais desejava era que me ouvissem, que eu pudesse falar de minhas coisas... e não sentir vergonha de falar sobre minha vida e meus planos." Isto vale como síntese de uma nova vida

A experiência de conviver com pessoas em tratamento do câncer é, antes de tudo, uma lição de vida. O contato diário com essas pessoas, com os familiares e com a equipe de profissionais, nos faz reavaliar conceitos não somente técnicos mas, sobretudo existenciais.

Partilho aqui uma experiência ao mesmo tempo pessoal e coletiva, que retrata as particularidades do atendimento a esses enfermos e a necessidade da humanização nesse trabalho.

Primeiramente gostaria de conceituar humanização e oncologia, com o propósito de nos apropriarmos mais dos termos e percebermos a significação dos termos na vida das pessoas.

Humanizar significa retornar ao que é essencialmente humano, ou seja, é o processo de 'descoisificar'. Como na atual forma das relações humanas quase tudo o que se refere a pessoa virou coisa, e pior, coisa comérciável, é urgente toda e qualquer iniciativa nesse processo que

considera a pessoa na sua totalidade, sobretudo respeitando-lhe os direitos e a individualidade.

Nos hospitais, por exemplo, há muito se conhecem serviços em que o indivíduo é reduzido a um número de leito ou a um diagnóstico. É vista apenas como *paciente*, palavra que em latim significa "aquele que sofre", mas também tem o simbolismo "daquele que, por não deter o saber, deve obedecer e esperar com paciência". Este simbolismo, muito combatido pelo movimento de humanização, trouxe à tona histórias de horror, principalmente nos hospitais psiquiátricos.

A humanização dentro do serviço de saúde pretende principalmente resgatar no enfermo suas capacidades, mesmo que limitadas. Para isso, é necessário ouvi-lo a fim de se conhecer quem ele é, quais as suas particularidades, as suas necessidades, a maneira como enfrenta a doença e os momentos difíceis que ela



Renato Mangabe/José Marmo

traz. Em resumo, significa estabelecer vínculos de confiança, respeito e solidariedade tanto com o enfermo quanto com seus familiares.

Algumas pesquisas ousam dizer que o estudo da oncologia difere da maioria das especialidades existentes na área da saúde, pois, além de instrumentalizar os profissionais com seus conceitos específicos, leva muitos deles a questionarem seus próprios valores com relação à vida, à pessoa, ao sofrimento e à morte. A oncologia estuda o câncer, patologia até hoje considerada por muitos como sinônimo de morte e de sofrimento. Apesar do avanço da tecnologia e das pesquisas científicas que comprovam a cura de inúmeros casos, ainda nos deparamos com muitos óbitos, devido sobretudo ao medo que afasta o enfermo da prevenção e do tratamento e a morosidade e precariedade do sistema público de saúde. Trabalhar com oncologia exige, pois, do profissional um grande preparo e constante reflexão pois, sua tarefa o coloca frente a frente não só com a morte e o sofrimento, mas também com a realidade social e com a imensa capacidade do ser humano de enfrentar e superar os próprios limites.

A oncologia nos ensina, por exemplo, que a busca incessante pela cura não deve ser maior do que a imensa alegria de poder proporcionar qualidade de vida ao enfermo enquanto está vivo. Aprendemos que a morte não é sentença somente para aqueles que têm câncer, mas, parafraseando Ariano Suassuna:

*(...) é a única certeza existente e o fim para todos os viventes, pois tudo que é vivo, morre.*

É sobretudo por isso que o trabalho de humanização na oncologia se difere de várias especialidades, pois como na Aids, é necessário desmis-

*Como na atual forma das relações humanas quase tudo o que se refere à pessoa virou coisa, e pior, coisa comerciável, é urgente toda e qualquer iniciativa nesse processo que considera a pessoa na sua totalidade, sobretudo respeitando-lhe os direitos e a individualidade*

tificar os significados (e rótulos!) de condenação e pecado que contaminam nossos olhares e predestinam os enfermos.

Essa realidade é pouco encontrada em outras especialidades em que o enfermo é fonte de perspectiva de cura se sua doença for tratada com rapidez e muita tecnologia. A equipe, a família e até o enfermo comemoram cada êxito e cada alta hospitalar, tendo quase a certeza de que aquele doente não mais retornará. Está curado.

Na oncologia, por mais que se tenha êxito, a equipe, os familiares e o enfermo sempre carregam uma sensação de "por mais que façamos de nada irá adiantar". Vive-se desta forma um clima de constante desânimo, muito nocivo para todos os envolvidos.

A maioria das pessoas com diagnóstico de câncer (palavra que ainda traz um simbolismo de 'mau agouro', quase sempre substituída por 'aquela doença', 'o problema', 'o tumor'), traz consigo uma certa fragilidade, falta de expectativas e principalmente um enorme medo de morrer. Porém, apesar de todos os sentimentos negativos, essas pessoas vivem a chamada "carência existencial" que vai além do suprimento

de necessidades. É um desejo de viver e viver bem.

No serviço hospitalar, percebemos que uma das principais atitudes dos enfermos oncológicos é, pelo menos por um segundo, pensar em não enfrentar a doença; muitos deles após o diagnóstico e a indicação de quimioterapia, por exemplo, fogem alegando medo e insegurança; outros negam a doença e qualquer indicação de tratamento. Muitos ainda, optam pelos tratamentos alternativos e pela ajuda divina em detrimento da medicina tradicional, nem sempre conseguindo sucesso, e retornam ao serviço com piora dos sintomas.

Aqueles que decidem procurar o serviço de saúde depositam sua vida nas mãos de Deus e da equipe que irá tratá-los, atribuindo a esta toda a sabedoria e poder de livrá-los da morte.

Junto com o enfermo sempre está a família, seja ela legítima ou adotada por ele. Percebemos que o sofrimento é muito diferente para cada família e para cada pessoa dentro dela. A única coisa que é comum, é o fato de todos serem afetados pelos simbolismos que o câncer traz. Em vários casos, a pseudo-ideia da morte próxima faz com que as famílias adotem um cotidiano mórbido, que costumo denominar de 'velório do enfermo vivo', extremamente nocivo tanto para o enfermo como para aqueles parentes que acreditam na melhora e na cura. Porém, a família é peça fundamental no processo de tratamento do enfermo e deve exercer papel positivo.

Humanizar não significa 'endorssar' todas as vontades do paciente e nem apenas colorir as paredes de seu quarto. Na verdade é um ampliar de visão: olhar para o paciente e seu entorno, ouvi-lo, tentar compreendê-lo

e se possível atendê-lo. Mas, sobre tudo, humanizar é ajudar o enfermo a se sentir bem para poder resgatar todas as suas potencialidades, o otimismo, a esperança, a fé e a saúde escondidos atrás da doença, ou seja, colocá-lo novamente em contato com o mundo que existe enquanto se está vivo. Mais profundamente, ajudá-lo no processo de compreensão da sua doença e da busca de sentido para todo o seu sofrimento.

Na oncologia, todo esforço para humanizar o atendimento depende primeiramente da visão de quem recebe o paciente, seja médico, seja enfermeiro seja recepcionista. Encarar

VOCÊ QUER MARMELADA?  
NÃO, SENHOR!  
VOCÊ QUER GOIABADA?  
NÃO, SENHOR!  
ENTÃO D QUE VOCES QUEREM?  
MANDA CARINHO,  
MEU AMOR!

Existe um ser imaginário que pode ser considerado o guardião do riso na história da humanidade. Ele é o palhaço, figura mística que representa a essência (criança) de todo ser humano. Irreverente, rompedor de todo preconceito e tabus, alegre, colorido, ingênuo. Seu maior desejo é ser amado e aplaudido por todos.

Por saber desse tesouro, vários projetos de humanização hospitalar levam palhaços aos hospitais e magicamente proporcionam aos doentes momentos inesquecíveis de troca de carinho e muitas piadas!

Entre tantos projetos, destacamos o projeto Mandacarinho, que desde 1999 leva alegria aos hospitais de Jacareí, interior de São Paulo.

o enfermo portador de uma neoplasia, pode desencadear conteúdos repletos de incertezas e piedade que influenciam determinantemente em todo o processo.

O enfermo chega geralmente fragilizado, no mínimo assustado pela surpresa do diagnóstico. Nem sempre se desespera ou deprime como pode pensar a maioria das pessoas. Mas, todos vêm para o hospital em busca da cura do "mal que os assola", depositando naquele que o recebe toda sua esperança por mínima que seja. Inicia-se neste momento uma relação que, ao passo que amadurece e a confiança se estabelece,



Acervo Koionia

O Projeto Mandacarinho atende adultos e crianças nos hospitais com o objetivo de simplesmente promover encontros que sirvam para despertar a essência das pessoas que ali estão. Através da ingenuidade do palhaço, o projeto quer colaborar no alívio da dor e do medo, e, sobretudo no resgate da dignidade humana. Por intermédio do carinho, os "mandacarinhos" (como são chamados nos prontuários dos pacientes: "receita os Mandacarinho urgente: em doses diárias") querem semear o amor e regar sementes de esperança existentes em cada coração.

**PROJETO MANDACARINO**  
JACAREÍ – SÃO PAULO  
Contatos com Andréia Lopez  
(24) 2483 8129 / 2484 4319  
(21) 9971 5900  
andreialopez@yahoo.com.br

O estudo da oncologia difere da maioria das especialidades existentes na área da saúde, pois, além de instrumentalizar os profissionais com seus conceitos específicos, leva muitos deles a questionar seus próprios valores e suas relações a vida, à pessoa, ao sofrimento e à morte.

o enfermo começa a compreender sua própria participação no tratamento, desmistificando o 'poder' exclusivo atribuído outrora à equipe.

Na nossa experiência com enfermos oncológicos, dividimos a prática em passos:

- O primeiro passo cabe ao olhar e ao ouvir: Quem é a pessoa que chega? de onde vem? tem clareza do porquê de estar ali? quais suas necessidades naquele momento? A maneira como a pessoa é recebida intervém em toda a sua caminhada dentro do serviço. Damos a isso o nome de "acolhimento".

- O segundo passo cabe ao falar: é necessário que a pessoa seja bem orientada sobre todos os aspectos, desde apresentar lhe a estrutura de que poderá usufruir com detalhes sobre seu tratamento. Tudo isso recheado com muita paciência, sinceridade e carinho.

- O terceiro passo é novamente ouvir a fim de certificar-se de sua compreensão.

- O quarto passo é acompanhá-la durante todo o tratamento, que pode durar meses e até anos.

É importante lembrar que tais passos são dados de acordo com o tempo de cada enfermo e sobretudo levam

Humanizar não significa 'endossar' todas as vontades do paciente nem apenas colorir as paredes de seu quarto. Na verdade é um ampliar de visão. É ajudar o paciente a se sentir bem para poder resgatar todas as suas potencialidades, o otimismo, a esperança, a fé e a saúde escondidos atrás da doença

em consideração sua condição clínica e a realidade de cada família.

A prática humanizada, nos traz excelentes resultados colhidos através de entrevistas feitas com pacientes e nos relatos feitos por eles nos momentos de atendimento; tais como: atendimento e informações aos familiares constantemente desde o início do tratamento, o que proporciona segurança ao paciente e aos familiares; vários horários de visitas e incentivo para a permanência de acompanhantes de acordo com o caso; serviço de psicologia específico para a oncologia, com atendimento beira de leito, interconsulta, atividades em grupos para os enfermos, familiares e equipe; grupos de apoio para mulheres em tratamento contra o câncer da mama (que fizeram mastectomia) e de intestino (usuários de bolsa de colostomia); reunião de orientação antes do início da quimioterapia para enfermos e familiares; abertura para a presença de lideranças religiosas a pedido dos enfermos; grupo de estudo e partilha de casos com os membros da equipe; presença do Mandacarinho: *clowns* que desenvolvem trabalho de visita lúdica para cada um dos enfermos internados; acompanhamento di-

ferenciado para o enfermo internado em cuidados paliativos, e atendimento no pós-óbito aos familiares.

À prática do atendimento humanizado se dá ao longo de um processo de educação continuada, que deve envolver toda a equipe de trabalho. Além de rever práticas, comportamentos e técnicas, propõe constantemente reflexões a respeito do dia-a-dia da oncologia, sobretudo no que se refere à maneira como cada um enfrenta o sofrimento e a morte alheia. Isso não oferece outro caminho a não ser aquele que leva cada um a refletir também sobre a própria morte.

No nosso serviço, grupos de discussão de casos e atendimentos individuais fazem parte do programa de humanização.

Ilustração: *O caso da bela Madame*

Sra N, 58 anos, portadora de câncer da mama com metástases ósseas e pulmonares. Chegou ao serviço acompanhada do esposo, 62 anos, porém com aparência bem mais jovem. Aposentado de uma companhia petrolífera, gozava de uma boa condição financeira. Tinham um excelente convênio médico que dava o direito de escolher entre os melhores hospitais de São Paulo, o que me chamou a atenção quando li o prontuário da paciente.

Segui minha rotina de visitas. Entrei no quarto com cuidado, me apresentando e desejando "bom dia". Fui recebida pelo Sr J com um enorme sorriso. A Sra N estava em seu leito e também me recebeu com semblante alegre. Ela, apesar de abatida pela gravidade do seu caso, ainda esbanjava uma beleza encantadora (nós a chamávamos de Madame e ela adorava!).

A primeira frase que ouvi do sr J foi: *Não disse, meu bem, aqui podemos apenas conversar, voltamos a ser nós mesmos!*

A primeira vista não compreendi tal fala mas, ao longo dos atendimentos pude ouvir histórias de excelentes hospitais, com muita tecnologia mas conduzidos por pessoas frias. A Sra N dizia: *Sei que tudo o que me fizeram foi de grande ajuda, mas o que eu mais desejava era que me ouvissem, que eu pudesse falar das minhas coisas... Aqui, sinto vocês quentes... Isso me faz ter mais confiança e não sentir vergonha de falar sobre minha vida e meus planos.*

Pude aprender muito com este caso e ter a certeza de que o processo de humanização é um diferencial necessário em todos os serviços de saúde, sobretudo quando se trata de enfermos com doenças crônicas e graves. Este trabalho deve ser parte integrante de uma visão maior, ou seja, da missão da instituição.

Viver a humanização na oncologia e ter a oportunidade de conviver com os enfermos e familiares é uma experiência no mínimo surpreendente. Cada contato, cada história me abrem horizontes na eterna busca da compreensão do que é humano e do sentido da vida. Me fez acreditar, que apesar de finita, a vida deve ser vivida de forma simples porém com uma boa dose de bom humor e alegria. Todas as vezes que me encontro com algum paciente que descobriu algo de positivo na doença e que consegue viver uma nova vida, com mais qualidade, me faz ter a certeza de que o ser humano é capaz de superar todos os seus limites e viver bem, apesar de...

Esse é o grande mistério da vida. É o grande tesouro do ser humano. ■

Tais Fátima Moreti de Oliveira Neves, psicóloga membro do Centro de Tratamento e Referência em Oncologia do Hospital São Francisco de Assis em Jacareí - SP, colaboradora do Programa Saúde e Direitos de Koinonia.

# Humanização do parto:

S. G. Diniz e A. S. Chacham

A qualidade da assistência ao parto contra as intervenções inapropriadas tem modificado o conceito de parto normal com a intenção de atender aos direitos da mulher: escolha de local, pessoas e formas de assistência; preservação da integridade corporal; horizonte como experiência pessoal, sexual e familiar; assistência à saúde; apoio emocional, social e material; abolidão de decisões unilaterais pelo princípio de decisões compartilhadas. É todo um processo que violenta interesses particulares.

## AS MUDANÇAS DE PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A definição do que será um parto normal não é universal nem facilmente padronizável. A partir da crença de que o parto só poderia ser considerado normal depois de ocorrido, na segunda metade do século XX houve uma rápida expansão no uso de tecnologias com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo do parto, para torná-lo 'mais normal' e 'melhorar' a saúde de mães e crianças.

Neste processo, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, as tentativas de aperfeiçoar a qualidade da assistência ao parto levaram muitas vezes à adoção acrítica de intervenções inapropriadas, desnecessárias, dolorosas e freqüentemente arriscadas. Isso tudo sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança.

A avaliação científica rigorosa já reprovou essas práticas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs outro paradigma: *O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve ha-*

*ver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.<sup>1</sup>*

A assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e de profissionais. Seria um elemento primordial para alcançar os objetivos de uma maternidade segura, pois reuniria eficácia, segurança e racionalidade no uso dos recursos, promovendo melhor adesão das mulheres aos serviços.<sup>2</sup>

Além de considerar a noção de atendimento "baseado na evidência" da segurança e da efetividade, esse paradigma inclui a promoção dos direitos das mulheres. Entre estes direitos estão o direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde. Trata-se de uma mudança importante na relação médico/paciente, já que recomenda uma decisão compartilhada entre os envolvidos, em vez de decidida de forma unilateral pelo profissional e pela instituição, na assistência privada ou pública.<sup>3</sup>

## RECOMENDAÇÕES DA OMS NÃO SÃO ATENDIDAS

O termo "humanizar" e seus derivados têm adquirido sentidos diversos. O conceito de humanização adotado pelo

movimento feminista é o de uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui: o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência.

Esse conjunto de recomendações baseadas na evidência foi sintetizado e publicado em 1996 pela OMS, assumido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2000 e enviado a to-

Os procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes que deveriam ser eliminados continuam a fazer parte do dia-a-dia da maioria dos serviços.

Alguns exemplos são: a imobilização, a posição horizontal durante o parto; o uso rotineiro do enema, da tricotomia e da episiotomia; utilização do soro "para pegar a veia"; administração de oxitocina para acelerar o trabalho de parto; e os esforços expulsivos dirigidos. Isso sem mencionar a manobra de Kristeller

## PROGRAMA MÃE CANGURU

Mãe Canguru é um modelo de assistência a bebês prematuros adotado no País como política pública de saúde a partir do ano 2000. A terapia é baseada no contato direto da mãe com o prematuro, que fica por alguns períodos do dia no colo da mãe (ou do pai), na posição vertical, recebendo calor e ouvindo o som das batidas do coração. Segundo os médicos, este contato estimula a amamentação, fortalece o laço entre mãe e filho e diminui a permanência do recém-nascido no hospital.

A técnica foi criada na Colômbia em 1979 e hoje é usada em diversos países. Além de humanizar a assistência ao prematuro, ameniza problemas recorrentes na saúde pública brasileira, como infra-estrutura inadequada, superlotação e infecções hospitalares. Para os especialistas, o Mãe Canguru fortalece o vínculo do bebê com a famí-

lia e também libera vagas mais rápidas para novas internações, reduz custos e não afeta a qualidade do atendimento.

Por esses motivos o Ministério da Saúde em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e com a Fundação Orsa promove cursos de capacitação de médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais para adotarem o programa. Até o final de 2004, segundo a Fundação Orsa, o programa capacitou 4.981 profissionais, por meio de 158 cursos e atendeu a 590 maternidades brasileiras. Além disso, o Ministério da Saúde desenvolveu materiais didáticos para popularizar a técnica. Mesmo sendo considerado eficaz, o método não substitui a tecnologia, só é recomendado com a supervisão de uma equipe de saúde capacitada.

Fontes: Bndes, Fundação Orsa e Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

dos os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do país por meio de suas entidades representativas. Conhecido como 'Recomendações da OMS', o documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias:

- Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas
- Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas
- Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto
- Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.<sup>4</sup>

O trabalho de sistematização dessas evidências deve-se em grande medida a uma colaboração internacional de milhares de pesquisadores, conhecida como Colaboração Cochrane. Esse grupo, que trabalhou as revisões sistemáticas sobre gravidez e parto, foi o primeiro de centenas de outros grupos que se organizaram para levantar as evidências sobre a eficácia e a segurança em todas as especialidades médicas. O resultado dessas pesquisas está disponível na Biblioteca Cochrane, uma iniciativa de grupos organizados de pacientes e usuários da saúde, que contribui para as revisões. Um dos grupos de usuários mais atuantes e antigos é o de assistência ao parto.<sup>5</sup>

Embora com pequena variação entre os países, ainda é limitado o reconhecimento da necessidade urgente de uma mudança na assistência ao parto. Apesar da compromisso da comunidade de saúde pública com a saúde materno-infantil, ainda é raro o reconhecimento dessa evidência.

No Brasil, como em outros países, estas recomendações vêm sendo sistematicamente desconsideradas. É o caso de condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais.

Os procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes que deveriam ser eliminados continuam a fazer parte do dia-a-dia da maioria dos serviços. Alguns exemplos são: a imobilização, a posição horizontal durante o parto; o uso rotineiro do enema, da tricotomia e da episiotomia; utilização do soro “para pegar a veia”; administração de oxicocina para acelerar o trabalho de parto; e os esforços expulsivos dirigidos. Isso sem mencionar a manobra de Kristeller. Mesmo as práticas que, devidamente indicadas, poderiam ser úteis são usadas de forma inadequada, causando mais dano que benefício, como por exemplo os exames vaginais freqüentes.

Embora com pequena variação entre os países, ainda é limitado o reconhecimento da necessidade urgente de uma mudança na assistência ao parto. Apesar do compromisso da comunidade de saúde pública com a saúde materno-infantil, ainda é raro o reconhecimento dessa evidência e da distância entre a evidência e a prática.

A resistência à mudança não passa apenas por questões técnicas, mas também por percepções, expectativas, preferências e conveniências de profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência. Influem também a estrutura física dos serviços, as distorções do acesso ao leito obstétrico, as questões relacionadas ao financiamento do sistema de saúde e a cultura sexual e reprodutiva. Uma das questões mais importantes para ativistas, pesquisadores e formuladores de políticas é justamente o que fazer para promover as mudanças necessárias.

#### O LUGAR DO PARTO VAGINAL NO BRASIL

Aqui, assim como em muitos países, o que se vê atualmente é uma mudança ainda tímida em relação à incorporação das recomendações baseadas na evidência científica. As altas taxas de episiotomia e de cesárea vêm se mantendo no setor público; e, no setor privado, não há praticamente nenhum controle.

Além de apoiar-se na crença na segurança da cesárea, a cultura do parto com hora marcada é facilitada pelos vários mecanismos de pagamento diferenciado, que tornam a cesárea mais rentável para serviços e profissionais ao estabelecer uma ordem de produção

João Roberto Ripper



em série. E os profissionais que não aderem à norma do “dia cirúrgico”, como é chamada a rotina de agendar todas as cesáreas para um dia pré-reservado, chegam a ser abertamente hostilizados.

No caso brasileiro, há também o problema da “cultura médica” e da formação dos médicos obstetras. A “cesárea a pedido” é indicada pelos mais importantes professores e formuladores de opinião como “tratamento da neurose de ansiedade” que o parto pode despertar, ou ainda como “prevenção” das supostas lesões genitais do parto.

Em muitos serviços, essa intervenção foi assumida como regra, como rotina de boa técnica. Um estudo em São Paulo mostra que a taxa de cesárea ultrapassa o índice de 35% entre mulheres sem nenhuma escolaridade e atinge 73% entre as de nível superior, isto é, as que têm melhores condições de negociar com os serviços.<sup>6</sup>

O mesmo se constata entre os profissionais de saúde. Apesar do reconhecimento da adequação do parto vaginal, a maioria das médicas e das esposas de médicos têm seus filhos por cesárea. Esta prevalência estaria associada à crença da maior segurança da cesárea em relação ao parto vaginal.<sup>7</sup>

É nesse contexto, de opinião pública e médica bastante contraditória e mesmo desfavorável ao parto vaginal, que vêm sendo apresentadas algumas propostas de mudanças da prática obstétrica. Por essa razão, tais propostas têm que incorporar processos mais amplos de mudança das culturas institucionais, que pos-

Os médicos decidem pela cesárea, contrariamente à vontade da maioria das mulheres, principalmente no setor privado. Isso se deve à crença médica na superioridade da cesárea no que se refere à segurança e ao conforto materno e fetal e também a fatores ligados à conveniência dos profissionais

sam ir além da mera informação para uma promoção ativa e um monitoramento de procedimentos baseados na evidência.

#### ALGUMAS INICIATIVAS

Desde 1998, iniciativas governamentais buscam reduzir as taxas de cesárea no País. Uma dessas medidas apóia o atendimento ao parto pela enfermeira obstetra quando não houver complicações e prevê o pagamento da anestesia de parto aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, segundo os profissionais, essas medidas têm tido pouco efeito.

Para estimular os serviços que iniciaram seus processos de humanização do parto e incorporação das recomendações da OMS, foi criado o Prêmio Galba de Araújo. Instituído em 1999 pelo Ministério da Saúde, o prêmio tem ajudado a divulgar algumas criativas experiências brasileiras de mudança institucional, como as que foram empreendidas pela Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte) e Cisam (Recife), entre muitos outros.

O Ministério da Saúde definiu também um teto percentual decrescente para o pagamento de cesáreas aos hospitais. Os limites eram de 40% no segundo semestre de 1998, 37% no primeiro semestre de 1999 e 35% no segundo semestre, chegando a 30% no primeiro semestre de 2000. A iniciativa contribuiu para estabilizar ou reduzir as taxas, antes ascendentes, ao menos nos serviços do SUS e conveniados – ao contrário do que ocorreu nos serviços privados, em que estas taxas continuaram aumentando.

#### A DECISÃO É DA MULHER

Pesquisas recentes indicam alguns elementos dessa resistência à mudança. Os trabalhos que procuram entender se e por que as mulheres brasileiras preferem a cesárea ao parto vaginal mostram que a maioria declara preferir o vaginal ao cirúrgico. Mas, por uma série de mecanismos – desde os diagnósticos superestimando os riscos fetais à interpretação da queixa materna de dor como um pedido pela cesárea –, os médicos decidem pela cesárea, contrariamente à vontade da maioria das mulheres, principalmente no setor privado. Isso se deve à crença médica na superioridade da cesárea no que se refere à segurança e ao conforto materno e fetal e também a fatores ligados à conveniência dos profissionais.<sup>8</sup>

Muitas vezes, as mulheres mais carentes 'preferem' a cesárea para escapar do tratamento rude que enfrentam nos hospitais públicos e também dos procedimentos dolorosos e da falta de sedação.<sup>9</sup>

No Brasil, como em outros países, as decisões das mulheres sobre os procedimentos no parto são muito frequentemente *qualquer coisa menos legítimos exercícios de livre arbítrio: as mulheres recebem informações incompletas, manifestam suas preferências enquanto estão submetidas a dor e estresse intenso, e especialmente nos países em desenvolvimento as diferenças sociais entre provedores e pacientes comprometem o poder de decidir*.<sup>10</sup>

É urgente melhorar tanto a qualidade técnica quanto a da interação entre pacientes e provedores de assistência. Isso passa por reconhecer o papel

Aqui, assim como em muitos países, o que se vê atualmente é uma mudança ainda tímida em relação à incorporação das recomendações baseadas na evidência científica. As altas taxas de episiotomia e de cesárea vêm-se mantendo no setor público; e, no setor privado, não há praticamente nenhum controle

da dor iatrogênica (provocada ou complicada pela assistência) e também pela necessidade do fortalecimento das mulheres, como pacientes e como cidadãs, para negociar com os serviços de saúde.

## O DIREITO AO PARTO COMO EXPERIÊNCIA PRAZEROSA

Além dos questionamentos quanto à efetividade e segurança dos procedimentos, o desenvolvimento da medicina baseada em evidências trouxe à tona o tema do bem-estar emocional das pessoas envolvidas no parto. Atualmente, há uma tendência a se considerar que melhorar a qualidade da experiência do parto – por meio de uma assistência “baseada na evidência”, “orientada pelo direito”, “respeitosa” e “centrada na mulher” – pode ser o caminho mais promissor, tanto para tornar o parto mais seguro quanto para reduzir a demanda por cesárea.

Hoje, uma das questões mais relevantes para a promoção de uma mu-

dança nas práticas é a satisfação da parturiente e dos demais envolvidos. A satisfação com a experiência do parto é diferente das demais questões de assistência à saúde, porque não envolve uma doença que exija cuidados propriamente médicos ou de emergência. O parto é um evento fisiológico cuja assistência é, em grande medida, um evento social, mesmo nos casos minoritários em que possa haver riscos à saúde dos envolvidos. Sabe-se também que, *a priori*, não há qualquer incompatibilidade entre satisfação, segurança e qualidade da assistência.<sup>11</sup>

Até recentemente acreditava-se que a única coisa que realmente interessava era que a mãe e o bebê estivessem saudáveis. A satisfação com

## A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA MATERNIDADE LEILA DINIZ

O processo de humanização da maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, começou em 1996, com a adoção de uma filosofia de funcionamento que norteou todo o planejamento de sua assistência ao parto e nascimento.

Inicialmente, embora a equipe de saúde tivesse passado por uma série de trabalhos de sensibilização e gostasse da proposta de assistência, na prática poucos avanços aconteciam na concretização da humanização da assistência.

O primeiro passo foi construir, por um persistente trabalho de equipe que envolveu todos os profissionais da maternidade, as normas de funcionamento que explicitam as rotinas de atendimento ao parto. Mesmo após a implantação dessas rotinas, verificávamos que a freqüência das intervenções obstétricas continuava muito elevada.

Realizamos então, com toda a equipe médica, um trabalho de avaliação da freqüência e das indicações de amniotomia, uso de ocitocina para apressar o parto, realização de episiotomia e indicação de cesariana. Com um instrumento estatístico conseguimos medir os índices de intervenção de cada equipe. Em reuniões, esses índices eram confrontados com os dados da medicina baseada em evidência científica (OMS, 1996). Ao mesmo tempo, introduzimos a assistência ao parto por enfermeiras obstetras e os resultados também eram confrontados com os modelos de assistência.

Nesse processo de discussão freqüente com toda a equipe – na qual os médicos foram o maior foco de resistência – ampliamos os horizontes de atuação de outros grupos profissionais na assistência, tais como assistentes sociais, fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, entre outros,

que passaram a freqüentar o pré-parto e a atuar como *doulas* (acompanhantes de parto) e também “guardiãs da filosofia”. Outra estratégia foi informar da maneira mais completa o direito das mulheres no momento de sua internação e investigar as histórias de maus-tratos ou violências que porventura foram cometidos.

Nestes últimos seis anos, a reunião semanal de toda a equipe tem sido sempre o mais rico espaço de discussão e de crescimento, tem contribuído para a ampliação e construção conjunta desse processo. Já avançamos muito, mas a verdadeira transformação ainda está para acontecer. É uma tarefa de todos nós, profissionais, mulheres e a sociedade em geral.

**Marcos A. Dias** foi diretor da Maternidade Leila Diniz, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E como ter filhos é a razão mais comum para as mulheres buscarem os serviços de saúde, a avaliação da satisfação delas com a assistência ao parto é um campo especialmente importante, não apenas para as mulheres, mas também para profissionais de saúde, administradores e formuladores de políticas

a experiência do parto seria de importância secundária e, se a dor fosse controlada, as mulheres teriam uma experiência positiva. Um extenso estudo sobre o tema mostrou que, embora as mulheres queiram acima de tudo manter a sua saúde e ter filhos saudáveis, a relação entre a satisfação e as intervenções no parto, incluindo o manejo da dor, não é tão clara.

Para elas, a satisfação no parto não está condicionada à ausência de dor. Muitas mulheres estão dispostas a sentir alguma dor no parto; o que elas não querem é que a dor seja insuportável. Em grande medida, o que mais influencia a satisfação com o parto é o comportamento dos profissionais. A satisfação no parto é fortemente associada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o trabalho. O acompanhante pode ser uma *doula* (profissional acompanhante de parto), o companheiro, um familiar ou amiga (leia também sobre o direito a acompanhante).<sup>12</sup>

Além disso, muitos procedimentos que os profissionais acreditam ser necessários e satisfatórios podem ser considerados pelas mulheres como

desagradáveis e até degradantes. Em geral, quanto menos intervenções maior é a sensação de controle da experiência pela mulher e, consequentemente, maior é a satisfação.

Segundo a mesma pesquisa, as mulheres que receberam mais informações também acharam o parto mais satisfatório, talvez porque sentissem ter um papel mais ativo durante o processo. Esse dado reforça a importância da criação de espaços onde as mulheres possam se encontrar e trocar idéias sobre suas expectativas, receios e desejos relativos à gravidez e ao parto. No Brasil, uma das boas novidades nessa área foi a criação de *sites* sobre humanização do parto e das listas eletrônicas "Parto Natural" e "Amigas do Parto", freqüentadas por mulheres e profissionais de todo o país. Embora seu alcance esteja restrito aos que têm acesso à Internet, essas iniciativas estimularam a formação de uma comunidade de usuárias e profissionais, oferecendo acesso a informações preciosas, antes inéditas em português.

E como ter filhos é a razão mais comum para as mulheres buscarem os serviços de saúde, a avaliação da satisfação delas com a assistência ao parto é um campo especialmente importante, não apenas para as mulheres, mas também para profissionais de saúde, administradores e formuladores de políticas.

## NOTAS

- 1 WHO, 1998.
- 2 The Better Births Initiative, 2002.
- 3 Maternity Wise, 2002.
- 4 WHO, 1996.
- 5 Cochrane Collaboration, 2002.
- 6 Cecatti, Pires e Goldemberg, 1998.
- 7 Chacham, 1999.
- 8 Potter et al, 2001.
- 9 Béhague, Victora e Barros, 2002.
- 10 Langer e Villar, 2002.
- 11 Sakala, 2002.
- 12 Hodnett, 2002.

## GLOSSÁRIO

- AMNIOTOMIA – rompimento da bolsa d'água  
DOULA – profissional que acompanha o parto  
ENEMA – lavagem intestinal  
EPISIOTOMIA – corte e costura da vulva e da vagina  
MANOBRA DE KRISTELLER – fazer força sobre o útero  
OCITOCINA – acelerador do trabalho de parto  
TRICOTOMIA – raspagem dos pelos pubianos

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. *Humanização do Parto*. IN: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê sobre Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos*. São Paulo, 2001.

# Quarto de Santo:

## pela Barriga do Candomblé nos Quintais do Brasil

Celso Ricardo Monteiro

Não existe uma forma de falar sobre os deuses sem olhar para os homens, pois, em meio à dualidade é onde está a essência de tudo isso que nos move, que nos permite caminhar, que nos leva para os espaços mais complexos, que nos permite crescer para todos os lados como a folha de mamona, cheia de dedos. "Olhe para trás, perceba, escute em vez de ouvir, enxergue em vez de simplesmente ver." O universo das tradições africanas possibilita a relação do sujeito com a sua Divindade e faz este sujeito "Olhar no espelho" ou "olhar para trás", pondo-se em pé de igualdade com os demais



Renato Mangaba/José Marmo

As linhas que seguem simbolizam um grande desafio, mais um na verdade, pois, ser descendente de orixá Oxaguiá, parece-me hoje, depois de toda uma infância de dedicação, trocas e cerimônias de louvor às divindades africanas, uma constante.

Um fantasma e um telefonema do Maranhão fizeram-me levar em conta a idéia defendida por Jagúnlabe, amigo de infância, que como eu, trocou o pião e o carrinho de rolimã pelo Gam, pelo inhame pilado e pela magia oriunda das mãos dos Tocadores de Tambor, somada à voz da iorixá enquanto perfeita maestrina, que guiou de forma esplendorosa, não só as cerimônias "noturnas", mas também as nossas vidas. Enfim, a velha crítica de Tarcísio Jagúnlabe: "Dofono meu velho, quando não tiver o que fazer, fale para o povo ouvir, pois sua escrita é horrível!"

É bem verdade que a história não nos deixa mentir, mas hoje, depois de tudo o que já foi escrito (com abuso inclusive) sobre Religiões Afro-Brasi-

leiras, não poderia agora reproduzir a fala do grupo dominante. Então recorri à Ifá e, sentado na Mesa de Jogo de Búzios, Exu, Deus da Comunicação entre orixás e homens, me fez entender que a história se repete, que o mundo não troca de lugar, mas vamos e voltamos, portanto, acompanhar este fluxo, está associado ao "desenvolvimento do processo de humanização" do homem. Então de novo, viva Exu, Deus da Comunicação e Vigia das nossas palavras (que têm força, acreditem!).

Não existe uma forma de falar sobre os deuses, sem olhar para os homens, pois, em meio à dualidade e, se as coisas se repetem de fato, onde está a essência de tudo isto que nos move, que nos permite caminhar, que nos leva para os espaços mais complexos, como os espaços políticos (já presentes na mitologia dos orixás e nas Escrituras Sagradas), que nos permite crescer, para todos os lados, como a folha da mamona, cheia de dedos, que nos faz ser ágil como o lagarto (meus cumprimentos a Oxóssi!) ou político como meu parente Camaleão? Em meio a tantas perguntas, uma tirou-me o sono da madruga de Natal em 2005: ao lidar com os orixás, cotidianamente, a nossa percepção e relações sociais, estão em que parâmetro? Atendem as expectativas em meio a qual ideologia?

Exu diz: "Olhe para trás, perceba, escute em vez de ouvir, enxergue em vez de simplesmente ver". Uma lem-

Estou cada vez mais convencido de que a "forma bushiana de ver o Mundo" é que convida os homens a se autoderrotarem, pois, na "barganha com os deuses", para muitos, os valores, a tradição, o integrar-se, o religar-se e "tantas outras coisas sagradas, que complementam o humano" estão fora de moda. Mantenho-me bem e fiel aos tais valores adquiridos com as mazelas da vida

brança me vem à cabeça no momento em que fumava meu doce cachimbo: José Luiz Monteiro, sacerdote de Oiá, outro dia destes, na ida para uma das muitas importantes reuniões com os atores locais, questionava-me: "O senhor está levando ataré (pimenta da costa)? O senhor bem sabe, Meu Velho, que em bolsa de Pai de Santo não pode faltar ferramenta de trabalho!"

Por tudo isto optei por recorrer aos textos de minha doce ebômim Vanda Manchado de Oxum, do Axé Opó Afonjá — Salvador e, de meu irmão Marco Antonio Guimarães, de Xangô, Kabiessy (Eu honro vocês!) e, hoje nas vésperas da entrega do presente trabalho, deixo a feira, deixo a vaidade, deixo o serviço para dar vez e voz a um humano de fato, sem técnica, sem imposição, sem ciência, sem pesquisa, sem militância, afinal, o universo das tradições de matrizes africanas possibilita a relação do sujeito com a sua Divindade e, constantemente, faz este sujeito "Olhar no espelho" ou "Olhar para trás, pondo-se em pé de igualdade com os demais". E então a grande

pergunta que não quer calar: E se eu fosse um computador: Como seria minha relação com o Camaleão e, o impacto destas lembranças, destes sentimentos, tão aconchegantes? Aprenderia o quê, com a minha singela Casa de Candomblé, que por muito não teve público, por conta da falsa e americana idéia de que criança não tem responsabilidade.

Estou cada vez mais convencido de que a "forma bushiana de ver o Mundo" é que convida os homens a se autoderrotarem, pois, na "barganha com os deuses", para muitos, os valores, a tradição, o integrar-se, o religar-se e "tantas outras coisas sagradas, que complementam o humano" estão fora de moda. Mantenho-me bem e fiel aos tais valores adquiridos com as mazelas da vida.

Por um momento, minha memória recebe a outra doce lembrança: uma festa de Oxóssi na Casa de Candomblé dirigida pela Saudosa ialorixá Taleci; Mas que doce lembrança! Eu só tinha dez anos de idade, talvez, mas ainda escuto os gritos de Oxóssi manifestado em meu finado tio Taundirê, naquela madrugada fria da Vila Penteado. Dava para ouvir até o vento que ele produzia ao correr para lá e para cá com uma pequena flecha de metal nas mãos. Como tudo era novo, diferente, mágico!

Uma outra grande lembrança: Esta me faz pensar o quanto o coração da gente pulsa forte, em momentos que nos fazem ser humanos de fato: o dia da Obrigação do pequeno Alla César, de Oxaguiã, com sete anos de idade, irmão de barco de sua mãe biológica, (ela, cobra criada do Candomblé de São Paulo e, ele, ogã Alabê — Chefe dos Tambores de Meu Orixá.). De fato: a história se repete; Eu tive que ser homem nesse dia! Mas antes de qualquer coisa, tive que ser verdadeiramente humano. Em meio a tantos momen-

tos importantes, não poderia me esquecer do nascimento do pequeno Miguel Tófoli, filho de Mãe Liliana de Oxum, que tanto pediu a seu Orixá para ter um filho e, este nasceu descendente de Obatalá e herdeiro da Casa de Oxum. O sentimento que me toma neste momento? Tranqüilidade! Mas e você, caro leitor, se fosse um computador, qual, seria o seu real sentimento neste momento, além do peso de meus dedos negros sobre suas teclas?

Hoje, no primeiro dia do ano, assistindo a entrevista do Exmo. Sr. Presidente da República Federativa do Brasil, Sr. Luis Inácio Lula da Silva, concedida ao jornalista Pedro Bial, percebo que a necessidade de "ser" humano de fato, não é só nossa, simples mortais, e sim de todos aqueles que entre misérias e riquezas, precisam ter o seu coração pulsando, diante dos desafios que as encruzilhadas da vida nos trazem constantemente, afinal, problemas existem por todos os lados.

Discutir humanização com o olhar das religiões de matrizes africanas, o que faz questionar "Quem sou", parece-me algo muito salutar, no que devo considerar já as conversas preliminares com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio do Centro de Controle de Doenças e o Pólo de Educação Permanente — Grupo de Trabalho Diversidade e Saúde, em que o Grupo de Valorização de Trabalho em Rede possui assento em nome do Povo de Santo.

## ESPAÇOS PÚBLICOS OU AMERICANIZADOS?

Saúde é um dos caminhos que mais levam o Povo de Santo, para dentro do Egbé (Sociedade dos Orixás - Terreiro). E bem sabemos que a saúde no Brasil não é uma barra de ouro: se não fossem as nossas rezadeiras, os nossos obis...

O relacionamento entre profissionais de saúde e os SUS-dependentes,

A necessidade de "ser" humano de fato, não é só nossa, simples mortais, e sim de todos aqueles que entre misérias e riquezas, precisam ter o seu coração pulsando, dia e noite. Os desafios que as encruzilhadas da vida nos trazem constantemente, afinal, problemas existem por todos os lados

é pauta de inúmeras reuniões entre governo e sociedade civil, mas temos consciência do grau de dificuldade que este tema possui, não só por conta dos aspectos orçamentários, que por si só merecem outro artigo, e aí sim, eu seria um computador (sem sentimento), mas principalmente por conta dos aspectos legais, legislativos. Estes fazem-me pensar como seria se o Terreiro fosse transformado num hospital, com toda a infra-estrutura necessária, mas sob regência da sua visão de mundo, em que o conhecimento ancestral e a avaliação de caso a caso são os instrumentais da mais alta importância. É enorme a diferença, é verdade, mas ainda assim, vou mais além, como a Árvore Iroco, que sobe cada vez mais alto, fincando seus pés, cada vez mais fortes, em Terra Firme, numa profunda aliança com Onilé e com Obaluaié, a fim de aglutinar em torno de si, todos os nossos Ancestrais, mesmo aqueles que não concordaram com a invenção do jeito "técnico" de ser.

### O CANDOMBLÉ É ANTIGO ASSIM; O MUNDO É ANTIGO ASSIM!

É o Jogo de Búzios quem responde a todas as perguntas até mesmo aquelas que ainda não foram feitas; é quem aponta todos os caminhos que terão

que ser trilhados, mesmo antes do homem entender que neste momento, o caminho que segue, porque assim ele quis, o desfavorece, o impede de crescer (profissionalmente inclusive). Este caminho nos faz mergulhar dentro de nós mesmos, lá no fundo de nossa alma, no fundo de nossas cabeças, por isso o bori (ebori - oferenda ritual à cabeça, para fortalecimento espiritual, entre outras). Este caminho é cheio de idas e voltas, enraizadas em nossas escolhas (todas), cujos dissabores são juntos a resposta às nossas atitudes e, o homem tem que saber, que ele é funcionário, que ele é gestor, ele é presidente da república, mas não é um computador, nem ao menos é igual, de fato, a outro homem, afinal, Ori - Cabeça e História, cada um tem a sua. Portanto, ele não é o sistema, é humano, com contas a prestar, alguém que tem lembranças, tem vontade, coração, direito de falar, de romper com este universo "que não lhe pertence mais!"

O governo, um ator da mais alta importância neste diálogo, bem conhece os problemas que assolam a nação brasileira. Alguns pelo menos. As ferramentas de que dispõe, foram em parte obtidas com a atuação e militância política de muitos dos atores que o compõem. Basta analisarmos o perfil e o histórico dos nossos governantes. Arrisco-me a falar um pouco sobre a excelência da gestão. A política de humanização do Governo Federal está baseada em alguns paradigmas que vão ao encontro de muitos dos nossos anseios, mas, vale análise e crítica - participação popular - por parte da sociedade civil organizada.

Conversando com o poder público a fim de escrever o presente trabalho, encontramos algumas informações valiosas, referentes à Humanização da Saúde. O Programa Humaniza SUS pode ser consultado no site do Ministério, porém, emprestei de Izabel Cris-

tina Rios, Coordenadora do Núcleo de Humanização da SES-SP, um pouquinho de sua experiência sobre o espírito do Programa de Humanização, compartilhada conosco durante o II Seminário de Sexualidade e Espiritualidade em frente à Saúde, realizado pelo Grupo de Trabalho Religiões da Coordenação Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Aids em 2003:

*Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento. O termo humanização é recente, mas ações que têm tais princípios em sua origem são freqüentes nos serviços de saúde há bastante tempo. No ano 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)... Em 2003, o Ministério passou o PNHAH por uma revisão e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo documento do Ministério da Saúde (Oficina HumanizaSUS - Novembro de 2003), entende-se o conceito de humanização como aquele que:*

- *Valoriza a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização.*
- *Aumenta o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, implicando a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.*
- *Garante condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como*

Saúde é um dos caminhos que mais levam o Povo de Santo, para dentro do Egbe. E bem sabemos que a saúde no Brasil não é uma barra de ouro: se não fossem as nossas rezadeiras, os nossos obis...

*co-gestores do processo de trabalho.*

• *Fortalece o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.*

• *Utiliza a informação, comunicação, educação permanente e os espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.*

O grande dilema: como lidar com humanização em saúde, desconsiderando a saúde espiritual das pessoas de quem eu cuido, como se eu fosse médico, psicólogo, etc, ou sem pensar na minha própria saúde mental enquanto sacerdote, homem, de carne. O mesmo vale para os profissionais de saúde, aqui conhecidos como cuidadores de fato.

Vale dizer que é assustadora a forma como não só, mas inclusive, a morte é tratada nos diferentes espaços. Fruto da idéia conservadora que a demoniza, a ida do *Aiye* – Mundo dos Homens, para o *Orum* – Mundo dos Deuses: uma questão de descanso, merecimento ou uma recarga para poder voltar" ainda mais forte, com compromissos, com sabedoria, a Morte de uma iálorixá 'equivale' enquanto honrarias e homenagens, à morte de um Chefe de Estado.

O Mundo Ocidental, técnico, com seus valores e percepções em processo de profunda mudança, não leva em conta, a necessidade de pensar como é contraditório o sentimento de lamentação pela morte de outrem, quando a

## O ATO MÉDICO E A MÚLTIDISCIPLINARIDADE DA SAÚDE

Desde 2002 tramita no Congresso Nacional a proposta da Lei 025/2002, conhecida como Projeto do Ato Médico, que vem provocando polêmica entre os profissionais da área de saúde. A normatização sugerida pelo senador e médico Geraldo Althoff estabelece que o acesso a qualquer serviço de saúde só poderá ser realizado com autorização e fiscalização de um médico. Dessa forma, se aprovada, a lei criará uma hierarquia entre a medicina e as demais profissões ligadas à saúde.

Contra o projeto de lei foi criado o movimento "Não ao Ato Médico" que afirma que a lei acabaria com o princípio da multidisciplinaridade para a promoção da saúde, adotado pelo SUS (Sistema Único de Saúde). O movimento é formado por diversos profissionais da área de saúde como psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas. Eles acreditam que a proposta tem uma posição corporativista e já organizaram diversas manifestações em todo o Brasil recolhendo mais de 840.000 assinaturas contra a aprovação do projeto.

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina defende o ato médico alegando que a proposta apenas regulamenta e preserva a profissão do médico, ameaçada pelo aumento do número de escolas de saúde em todo o País. Os defensores do ato médico também afirmam que a lei não vai diminuir a atuação dos outros profissionais de saúde.

Durante a tramitação no congresso, o projeto já sofreu diversas modificações. Hoje há um texto substitutivo

em tramitação, mas o movimento Não ao Ato Médico continua considerando a idéia nociva às profissões da área da saúde. Segundo o movimento, a proposta privilegia os médicos nos cargos de coordenação e chefia das unidades de saúde; além de restringir aos médicos a prescrição terapêutica. A campanha contra o Ato Médico continua contra o Projeto de Lei e para demonstrar, como afirmou o movimento, que o conceito de saúde é muito mais amplo do que apenas o de ausência de doença. Leia abaixo um trecho do projeto de lei:

### PROJETO DE LEI DO SENADO N. 25 (SUBSTITUTIVO), DE 2002

Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Parágrafo único.* São atos privativos de médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças.

Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos médicos.

Art. 3º São privativas de médico as funções de coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino vinculadas, de forma imediata e direta, a procedimentos médicos.

*Parágrafo único.* A direção administrativa de serviços de saúde e as funções de direção, chefia e supervisão que não exijam formação médica não constituem funções privativas de médico.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta Lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do art. 282 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem.

todos os dias morremos e nascemos, pois vamos, dormir e acordar, sem a certeza de nada!

Acácio Almeida foi mais além na sua Tese de Mestrado/USP sobre o processo de atenção à morte, no eixo Brasil-África dos Orixás: (...) *Todo mundo morre de frio, morre de sono, de sede, mas quando alguém morre de fato, todos se põem a chorar.*

Contudo, a cerimônia fúnebre que apazigua o coração e o útero de nossa comunidade, não pode ser negada a quem de direito, por motivo nenhum, quem dirá sobre alegações oriundas da filha mais velha do racismo: a intolerância religiosa; e não é ao Estado, laico (?), que cabe a decisão de fazer ou não, onde e por quê, a tal festividade e os necessários rituais, que,

## Como lidar com humanização em saúde, desconsiderando a saúde espiritual das pessoas de quem eu cuido?

aliás, no caso do Povo de Santo, diferem e muito do que pensam as tais ‘instituições religiosas eternas candidatas a governar o Brasil, em nome de Deus, esquecendo-se é claro, que esta é a Terra da Diversidade.

Impedir ou corromper um Ato Fúnebre, na forma e visão da tradição do falecido, seja ela qual for, equivale a um crime contra o Estado, pois você está, antes de tudo, violando um Direito Constitucional e, simultaneamente abrindo um conflito (que pode varar gerações) que pode interromper a harmonia da vida de pessoas que até nem estão no momento em que tal ato é realizado. (Recomendo leitura sobre as máscaras africanas e as Cerimônias de Egungum na Nigéria.)

O corpo morre, evapora-se, retorna à sua origem – a Terra – mas, Emi – (o Ar Sagrado, a Essência) que existia naquele corpo, continua tão viva no *Ojó Ikú* – (Dia da Morte), quanto no *Ojó Ibi* – (O Dia do Nascimento). Ela é quem alimenta o Axé – Cerimônia Fúnebre realizada no Egbé, com alegria e reverências à família do morto, que continuará presente, agora em espírito, na comunidade.

Este, dependendo da posição que ocupa hierarquicamente, terá sua cadeira, seu dia de reverência, com os seus costumes e preferências respeitados e reproduzidos por toda a família, gerações e gerações depois. Nas mais antigas famílias afro-brasileiras, sobretudo do Norte e Nordeste brasileiros, clãs cujo sobrenome está acima de qualquer coisa, o nome do fiado não só passará a encorpar a lista de ances-

trais da família, como terá seu Oriqui – oração pessoal, recitada nos momentos mais solenes do coletivo. O seu dia de nascido e o dia de seu falecimento entram para o calendário oficial do Egbé e, assim, o sujeito é eternizado, com todo o cuidado, presentes e oferendas a alguém que vive tanto quanto antes. Suas roupas serão lavadas e conservadas; seus pratos prediletos serão compartilhados por seus entes e os demais membros do Egbé, numa perfeita comunhão entre Ancestrais e Descendentes. E mais tarde, quando Ifá anuncia sua volta pela barriga de um de seus descendentes, a festa se amplia, ganha ainda mais Axé, mas isto fica para outra oportunidade...

Mas e então, por que tão cara a “necessidade de humanização do processo de atenção à família” daqueles que estão morrendo no leito de um hospital? Perceber as necessidades, subjetivas talvez e, não só, de quem fica, muitas vezes sem estrutura financeira, por exemplo, é algo que precise alguém mandar? Um chefe de Estado deve omitir-se deste debate? Um servidor público deve omitir-se em nome da garantia de seu ganha-pão?

Estamos falando de *Ikú* – A Morte, mas o nascimento “do outro” também traz as suas especificidades e precisa ser articulado. Em meio a este debate e, o cruzamento de tão importantes informações, Mortalidade Materno-Infantil, também é uma pauta associada a tal humanização do serviço. Para tanto, bastava analisar, com mais profundidade, a origem e a cultura do sujeito que se apresenta na triagem e, fazer valer de fato, os princípios do SUS.

Ainda que o sistema seja a melhor coisa do mundo, é preciso que se saiba, que por trás de todas as formas tecnológicas de governar, de coordenar, de supervisionar – formas estas que se mudam, de acordo com os tais interesses, com o poder ilusório e passagei-

ro, do sujeito que possui o poder da cunha –, estão pessoas que precisam “olhar para trás, perceber, escutar em vez de ouvir, enxergar em vez de simplesmente ver”. Então, sim, os seres humanos, que estejam num balcão de informações, na gerência de um hospital, ou num gabinete, brincando de fazer mudanças para os “brasileiros e brasileiras!”, que continuam na intensa guerra chefiada por “Caçadores de Marajás” (que não querem caçar nunca, é claro), deixarão de ser computadores, máquinas e, passarão a compartilhar, a comungar com o outro (independente de quem seja), no seu Momento de Dor, internado ou morrendo, em vez de comportarem-se como se não tivessem coração, sentimento, não tivessem axé dentro de si. Será que estes não possuem lembranças de humanos? Nem dos momentos com a família?

Por fim, humanização não depende de brinquedoteca, nem de decreto e, sim, de olhar no espelho. Você já olhou no espelho hoje?

E agora caro leitor: “O senhor está levando ataré (pimenta da costa) na bolsa?”.

**Celso Ricardo Monteiro**, educador, Sacerdote do Ilê Asé Igbin de Ouro – Sociedade Queto de culto a Orixá, Fundador e Coordenador do Programa de Capacitação de Agentes de Saúde do GVTR – Grupo de Valorização do Trabalho em Rede, Coordenador da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde em São Paulo, Interlocutor do GT Aids – Religiões da Coordenação Estadual de DST-Aids/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Comendador Palmarino pela Ordem das Entidades Afro-Brasileiras – OEAB, Diretor da Federação de Umbanda e Candomblé Luz e Verdade do Estado de São Paulo e do Brasil.

Todos nós seres vivos somos mortais e nós humanos somos os únicos a ter consciência disso. A mortalidade revela a nossa fragilidade que se expressa de diferentes maneiras. A doença é apenas uma das múltiplas expressões dessa condição e nos expõe cotidianamente à vulnerabilidade e à finitude de nossa existência.

Estas afirmações iniciais não contêm novidade alguma. São apenas uma introdução básica para iniciar uma breve conversa sobre a doença humana.

No último século, particularmente, muitas foram as discussões sobre doenças e doentes. Alguns falavam que não há doenças, mas apenas doentes e outros que há doenças reais como se fossem objetos que podem ser observados e descritos cientificamente. Entre os excessos de subjetivismo e objetivismo fico com a "mistura". Somos uma mistura, uma interdependência, uma inter-relação, um entrelaçamento, uma concomitância, uma complexidade de objetividade e subjetividade.

Nenhuma razão dá razão de todas as razões. Nenhuma causa explica todos os efeitos. Nenhuma ciência explica todas as situações. Nenhuma doença vem só de dentro e nem só de fora. Como diz o apóstolo Paulo "caminhamos às apalpadelas" em todos os passos de nossa vida e, nessas apalpadelas revela-se a complexidade da vida humana.

Quando esquecemos esta condição frágil de nossa caminhada, e isto acontece com freqüência, somos capazes de horrores contra nossa humanidade. Os horrores que cometemos nascem do *esquecimento do ser* para usar uma linguagem filosófica existencialista. Nos esquecemos de nossa fragilidade e vulnerabilidade

constitutivas, de nossa mistura e nossa interdependência constitutiva como coletivo. E este esquecimento parece ter consequências nefastas para nossa vida individual e social. O "esquecimento do ser" é fonte de injustiças e desigualdades que se mostram na multiplicidade de nossos comportamentos desde o doméstico ao público. Podemos até dizer que boa parte dos processos de socialização atuais se fazem a partir do "esquecimento" de nossa condição.

Buscamos ser outro ser ou buscamos não ser o que somos ou ainda buscamos ser mais ou ser menos do que somos. Não estou pensando que os seres humanos são pré-definidos e que há um caminho pré-estabelecido de realização para cada pessoa. Entretanto, parece que há uma espécie de "constante antropológica", um certo "equilíbrio" essencial à nossa sobrevivência comum que se expressa de diferentes maneiras e, cada vez que é desrespeitado ou esquecido pagamos o preço desse esquecimento.

Temos assistido ao "esquecimento do ser" de maneira brutal nos séculos XX e XXI. As guerras, a pretensa onipotência da ciência e da técnica, a dominação do capital sobre as vidas humanas, a dominação dos humanos sobre os ecossistemas, a dominação das minorias privilegiadas sobre as maioria, dos homens sobre as mulheres, de etnias sobre etnias, de religiões sobre religiões são algumas expressões do esquecimento de nosso ser, ser incondicionalmente interdependente e vulnerável.

O "esquecimento do ser" é o nosso contínuo limite, nosso constante pecado, nossa doença comum. Nos esquecemos que somos diferentes porém, com abso-



Flor Opazo

luta necessidade de igualdade de direitos e oportunidades. Nos esquecemos que uma mão lava a outra e que um pé apóia o outro. Nos tornamos seletivos, excluientes, hierárquicos.

Sempre quisemos ser deuses para os outros e, na mesma lógica, criamos para nós, outros deuses superiores e abstratos que justifiquem nossa humanidade dominadora e hierárquica. Estes deuses criados à imagem de nossas necessidades nos permitem dominar outros e pretender que somos também dominados por seus misteriosos designios.

Foi desse complexo estado de dominações, desse "impossível chão" que nasceram as grandes sabedorias éticas, presentes também nas tradições religiosas. Nelas, apesar das contradições inevitáveis, encontramos os apelos mais profundos a nos "recordarmos de novo de nosso ser". É nesse apelo que mora o mistério inefável que nos constitui a todos e que está sempre para além de nossas classificações e pretensões de dominação. É aí que reside a fonte da compaixão, da misericórdia, da solidariedade e do amor.

Nesse apelo interior, desde o mais profundo de nós mesmas, o encontro e acolhida dos doentes, sobretudo com os que estão em situação de maior abandono

e vulnerabilidade foi considerado obra de humanidade. Tal situação é reconhecida por todas as tradições sendo que para algumas a acolhida da vulnerabilidade provocada pela doença se aproxima à acolhida do mistério divino.

Buda, encontra-se com doentes e, sua presença torna-se decisiva no caminho da "iluminação", os profetas de Israel clamam pelo cuidado com os doentes, Jesus curava doentes, Maomé aconselha o respeito aos doentes, os orixás e os encantados têm poder sobre algumas doenças e doentes.

O enfermo toca as nossas entradas porque nos vemos nele, nos reconhecemos nele e ao ajudá-lo estamos nos ajudando nele. Sua doença é a nossa própria condição, é nosso frágil rosto, é a lembrança de que a vida se sustenta por um fio.

A doença é capaz de mover o coração humano e provocar misericórdia, cuidado, preocupação, doação, busca de cura até o restabelecimento da pessoa. O cuidado dos doentes criou, ao longo dos séculos, instituições dos mais diferentes tipos que se dedicaram sobretudo aos que não possuíam meios para isso. Fizeram parte das chamadas "obras de misericórdia".

A doença é capaz de provocar igualmente o medo humano. Há doentes e doenças que produziram temores imensos. Basta lembrar dos loucos, dos leprosos, dos tuberculosos, dos aidéticos, dos acometidos por pestes epidêmicas. Cada época tem suas doenças e seus doentes fazendo parte da história de nossos medos. E nossos medos podem levar à repulsa, ao abandono, à violência e à morte dos que estão fragilizados pelas doenças, e uma diminuição de nossa compaixão.

A doença pode ser também matéria-prima sobre a qual nos exploramos mutuamente e comercializamos nossas capacidades de cura. Pode ser uma forma ilícita de enriquecimento quando enganamos os outros com fórmulas e técnicas mágicas. Pode ser uma forma de sobrevivência a partir da qual compramos ou vendemos partes de nosso corpo.

Hoje, diante do desespero das más condições econômicas quantos e quantas puseram à venda um rim, um fígado, uma córnea. Para vencer a doença da falta de meios para viver, vale tudo! Mutilar-se para sobreviver ou mutilar para lucrar está na lógica imposta pelo sistema capitalista atual, redutor da integridade da vida.

As doenças e suas curas ou cuidados obedecem às leis da hierarquia social capitalista. Doenças, doentes e curas são classistas, são racistas, são sexistas.

Quanto mais rico o doente, mais nobre é sua doença e mais cuidado se toma com ele. Quanto mais pobre, é o doente menos condição de cura tem e menos serviços e remédios à sua disposição.

Doentes e doenças são parte das prioridades ou do esquecimento dos órgãos públicos e privados. A cada um lhe é dado o cuidado segundo o poder econômico, político e financeiro que tem. O que vale não é mais a pessoa, é o lucro que dela advém. E, mais uma vez manifesta-se o "esquecimento do ser".

Sabemos bem que doenças e doentes somos nós, usando de nós mesmos para nossa grandeza ou nossa miséria. Por isso, o apelo para nos lembrarmos de nosso ser individual e coletivo na sua interdependência e reciprocidade é um caminho de conversão ou um

chamado a uma mudança qualitativa em nossa humanidade.

Numa sociedade de privilégios como a nossa, o cuidado com a saúde torna-se também privilégio. E cada um de nós tenta salvar sua pele como pode para que em tempos de doença seja minimamente bem tratado e cuidado. Já que uma sociedade de privilégios mantém hierarquias, cada um busca o melhor lugar ou o lugar possível nessa hierarquia para cuidar de si e de seus próximos. É a competição pela sobrevivência, pelo salve-se quem puder.

Os que lutam apenas para sobreviver acabam aceitando o não escolhido ou seja, aceitando as migalhas oferecidas para as grandes massas cuja vida é considerada de menor valor. Basta um olhar rápido para as periferias do mundo e para o abandono dos doentes em sua múltipla diversidade. Basta passar diante das filas de atendimento dos hospitais públicos e constatar o sofrimento de muitos. Basta andar pelas escaldantes terras dos muitos sertões para ver as distâncias para se conseguir qualquer ajuda em caso de urgência. Tudo isso e muito mais reflete o "esquecimento do ser" em pleno século XXI.

Quem nos recordará de nós mesmos? Quem nos recordará que somos do mesmo pó de estrelas ou do mesmo barro ou do mesmo planeta vivo? Quem nos recordará que respiramos do mesmo ar e que é o mesmo sopro que nos habita a todos?

Que consequências éticas e que políticas práticas podemos tirar desta condição existencial comum?

O reconhecimento existencial da fragilidade comum da humanidade é óbvio, mas as consequências práticas que deveríamos tirar são obscurecidas por nossas paixões individualistas, competitivas e hierárquicas. E é sobre elas na sua forma individual e coletiva que precisamos agir para poder sonhar de novo com o amor ao próximo coletivizado, com os socialismos, com as democracias, com os novos Céus e a nova Terra. Nossa memória humana comum, memória que nos devolve a integridade de nosso ser, deve voltar a ser nossa mestra de sabedorias milenares sobre doenças, curas e cuidados de ontem e de hoje.

# A revolta da França: o galo da Europa se espreguiça

Osvaldo Coggia

Na conclusão do *18 Brumário de Louis Bonaparte* Karl Marx afirmava que o canto do galo francês anunciaría o novo despertar revolucionário da Europa. 150 anos depois a situação se assemelha e pouco importa que o galo do século XXI misture no seu grito o francês com o árabe, nem que durma à noite ou acorde sóm das melodias kabyle. Na passagem de 2005 para 2006, os carros voltaram a arder na periferia das cidades francesas.

Na passagem de 2005 para 2006, os carros voltaram a arder na periferia das cidades francesas. Mais de 25 mil policiais foram mobilizados para tentar impedir que nas festas de fim de ano, normalmente marcadas por 'incidentes', acontecesse a 'onda de violência urbana' do segundo semestre do ano. A mobilização policial foi extrema, o esquema foi reforçado nas áreas conflituosas, com mais 6.000 agentes. Ela incluiu a inspeção de *blogs* e mensagens de celular, medidas dirigidas para a criação de um Estado policial. As reparações para o reforço de segurança correspondeu a 10% das forças encarregadas da proteção da França. Do contingente, 4.500 ficaram encarregados da capital, cujos bairros periféricos foram cenário da revolta de final de outubro, que se estendeu como pólvora por todo o país. Lugares simbólicos da capital, como a avenida dos *Champs Elysées* ou a Torre Eiffel, onde se reúnem milhares de pessoas para se despedir do ano, tiveram vigilância extraordinária. Foi proibida até a venda de fogos de artifício! Ainda assim, 425 veículos foram incendiados na noite de *réveillon*, em 267 municípios.

A revolta começou em Clichy-sous-Bois (arredores de Paris) após a morte (assassinato culposo devido à perseguição policial) de dois adoles-

centes, se espalhou para o resto do país. O "risco de aumento da violência por ocasião das festas de fim de ano" foi a razão alegada pelo Conselho de Estado – máxima autoridade administrativa – para rejeitar no início de dezembro um recurso contra o estado de emergência. Decretado em 8 de novembro e ampliado por três meses pelo Parlamento, essa medida excepcional ficaria em vigor até 21 de fevereiro de 2006.

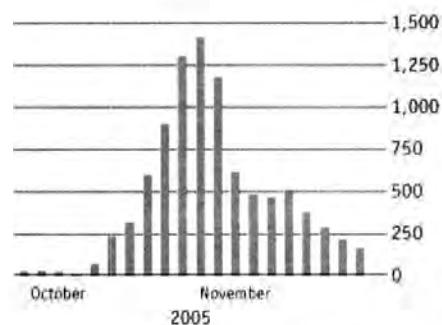
A revolta pode ter estabelecido um divisor de águas no que diz respeito à atitude da Europa em relação à imigração e ao controverso processo de admissão da Turquia na União Européia (UE). Em outubro, a UE e a Turquia chegaram a um acordo sobre a entrada do país no clube dos 25. Alguns países apóiam a admissão desse Estado muçulmano de setenta milhões de habitantes como membro apto à fruição de direitos plenos, ao passo que outros prefeririam que seu *status* fosse mais restrito. Nos demais países da Europa, ninguém esconde o receio de que a onda de violência se alastre para dentro de suas fronteiras.

*The Economist*, o mais prestigioso órgão jornalístico da burguesia capitalista mundial, decidiu substituir seus habituais gráficos demonstrativos do desempenho econômico, para

incluir, não sem ironia, um 'gráfico da violência':

### Chirac welcomes back normality

Vehicles burnt daily since October 27th



Michel Camdessus, presidente honorário do Banco da França e ex-diretor gerente do Fundo Monetário Internacional, observou que as revoltas foram "fruto de uma crise de valores que afeta toda a Europa": *A UE acha-se cindida por um paradoxo cultural, religioso e lingüístico. Somos incapazes de reconhecer o que temos em comum, somos o continente do descontentamento, somos uma Europa entorpecida. A crise de identidade decorre do fato de que não estamos dispostos a reconhecer os problemas internos dos países membros, e o que se passa na França é fruto dessa crise.* Até o papa Bento XVI disse que a França deveria ouvir

Para Sara González, professora da cátedra Jean Monnet de Integração Econômica da Universidade Complutense de Madri, a raiz do problema está no fato de que os imigrantes de segunda ou terceira geração, que vivem na França, estão, em grande parte, excluídos do sistema "voluntária ou involuntariamente" (!). Esses imigrantes, diz ela, "partem do princípio de que a sociedade em que vivem tem a obrigação de lhes garantir a satisfação de determinadas necessidades (moradia, saúde, educação, alimentação etc.)". Contudo, acrescenta, *tal atendimento, mediante uso do orçamento*

o alerta dado pelos distúrbios de rua, e pediu que os franceses se esforçassem mais na defesa da integração social: "A violência interna que deixou sua marca nas sociedades merece ser condenada. Ela, porém, é uma mensagem, uma mensagem vinda especialmente dos jovens" (grifo nosso), disse o papa.

O presidente Jacques Chirac fez a promessa de estabelecer, em 2007, um "serviço civil" (na verdade, militar) para substituir o serviço nacional, suprimido há dez anos por uma decisão presidencial. Finalmente, depois da passagem do ano, a 4 de janeiro, Chirac suspendeu o estado de emergência, cuja duração estava prevista até 21 de fevereiro de 2006. Antes disso, o espantalho decadente da extrema-direita francesa organizou uma manifestação para dizer "Já basta! à imigração, aos motins e às explosões nos subúrbios". O presidente da Frente Nacional, Jean-Marie Le Pen, afirmou que as medidas do governo francês para erradicar as violências urbanas não respondem "ao verdadeiro problema" da "imigração maciça": "Nós sabemos que ela [imigração massiva] constitui uma bomba atômica mundial", disse: "Os jovens dos subúrbios – 'as crianças de Chirac' – vão-se transformar em 'terroristas e bandidos'".

Para Sara González, professora da cátedra Jean Monnet de Integração Econômica da Universidade Complutense de Madri, a raiz do problema está no fato de que os imigrantes de segunda ou terceira geração, que vivem na França, estão, em grande parte, excluídos do sistema "voluntária ou involuntariamente" (!). Esses imigrantes, diz ela, "partem do princípio de que a sociedade em que vivem tem a obrigação de lhes garantir a satisfação de determinadas necessidades (moradia, saúde, educação, alimentação etc.)". Contudo, acrescenta, *tal atendimento, mediante uso do orçamento*

público, não é algo que a economia francesa entenda como natural, tampouco qualquer outro Estado da UE pode destinar fundos tão importantes a objetivos dessa natureza. Ou seja, que as obrigações públicas que existem para os franceses 'comuns', não existiriam para os imigrantes, nem sequer para os seus filhos, nascidos em solo francês (franceses, portanto).

As revoltas não causaram apenas danos materiais, colocaram também em evidência a falência da 'política de integração' de uma das nações mais importantes do chamado 'mundo desenvolvido'. Há uma situação de gueto hoje na periferia de Paris e de outras cidades francesas. Estima-se que, atualmente, cerca de cinco milhões de pessoas, em sua maioria de origem africana e maghrebina, vivam nas chamadas Zonas Urbanas Sensíveis (ZUS), verdadeiros guetos onde predominam a pobreza, as drogas, o fracasso escolar e o desemprego que, em alguns casos, é duas ou três vezes maior do que os 10% do país em geral. O problema tem origem, em parte, no tipo de moradia criada pelos franceses em princípios dos anos 1960: edifícios fechados e independentes do resto da sociedade. Diga-se de passagem que essas construções, verdadeiros *lager* suburbanos de concreto, fizeram a delícia dos lucrativos negócios do capital imobiliário francês, como a Sonacotra, nos 'trinta anos gloriosos' do capitalismo de pós-guerra.

A política educacional, sobretudo a proibição de uso do véu islâmico nas escolas, também semeou o descontentamento entre a comunidade muçulmana. Falou-se até de um "choque econômico e social" nos "redutos da marginalidade" que incluiria uma dotação orçamentária no valor de 25 bilhões de euros, os quais seriam complementados com um "plano de coesão social" no valor de 15 bilhões, além de *isenções*

fiscais para as empresas que se instalarem nessas regiões: a revolta não acaba, e o capital já pensa em como transformá-la em fonte de novos lucros extraordinários.

O Ministro do Interior, Nicolas Sarkozy quer aplicar medidas duras em relação ao extremismo islâmico, e adotar medidas semelhantes à discriminação positiva praticada nos Estados Unidos da América para facilitar a integração das minorias étnicas nas classes dirigentes. Mauro Guillén, professor da Universidade Wharton, por sua vez, admite que "há anos observamos a existência de uma classe dirigente francesa — educada em escolas célebres — que trabalha para reproduzir a si mesma, e não para promover o bem-estar da população". Ou seja, que estamos em pleno "choque" (luta), não de civilizações, mas de classes.

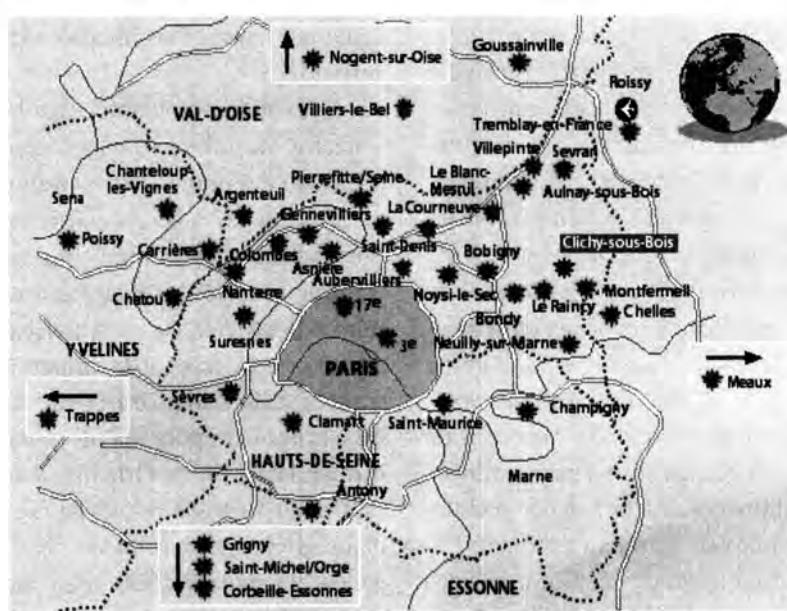
Partindo das periferias miseráveis de Paris, a revolta juvenil iniciada na França a 27 de outubro de 2005 se alastrou para o interior das principais cidades francesas. Ficaram presas 650 pessoas; entre 6% e 8% dos detidos eram estrangeiros. O papel da 'esquerda' foi simplesmente catastrófico: "Não basta anunciar toques de recolher. Precisa haver forças de segurança no local para impô-lo", declarou o ex-premier socialista Laurent Fabius. A líder comunista Marie-George Buffet disse que "não via como a medida poderia ser implementada" (!). Com uma esquerda dessas, quem precisa de uma direita?

Depois do rotundo não à Constituição (capitalista) da União Europeia, nos recentes plebiscitos, que instalou a crise no projeto, este foi o desdobramento político e social necessário. A crise "de cima" começou a se transformar em revolta "de baixo". Os sintomas da revolução começam a se acumular no horizonte histórico do berço do capital (a Europa). Segundo *Le*

Há uma situação de gueto hoje na periferia de Paris e de outras cidades francesas. Estima-se que, atualmente, cerca de cinco milhões de pessoas, em sua maioria de origem africana e maghrebina, vivam nas chamadas Zonas Urbanas Sensíveis (ZUS), verdadeiros guetos onde predominam a pobreza, as drogas, o fracasso escolar e o desemprego

*Monde: A onda de violência que atingiu a periferia parisiense suscita mais perguntas que respostas. Há versões que aludem a uma revolução social em marcha. Outras atribuem os confrontos a vandalismo organizado e ao abandono do governo, mas, acima de tudo, predomina a sensação de que a questão da guerrilha urbana se apóia nas incertezas de um modelo de integração falido* (grifo nosso).

Para demonstrar a "diminuição da violência nos subúrbios" a direção da Polícia mostrou um total de 394 veículos queimados e 169 pessoas detidas, no dia 9 de novembro. Na noite anterior o saldo fora de 558 veículos queimados e 204 detidos. E a "França dos direitos humanos" anunciou sua intenção de deportar "estrangeiros envolvidos em distúrbios": o ministro solicitou que eles fossem expulsos imediatamente do território nacional, "incluindo aqueles que têm permissão de residência". Foram condenadas 130 pessoas maiores de idade a penas de prisão pelos distúrbios. Pelo menos 4,7 mil pessoas foram detidas na França durante as semanas de violência nos subúrbios. O estado de emergência decretado pelo governo permitia aplicar "medidas extraordinárias para garantir a ordem pública". O decreto invocou uma lei extraordinária velha de cinquenta (uma lei de abril de 1955 sobre o estado de emergência, adotada durante a guerra da Argélia). Ela permite deter em prisão domiciliar, restringir a circulação de pessoas ou veículos, confiscar armas, fechar espaços públicos e decretar toque de recolher.



O que comentaristas e “intelectuais” franceses chamavam, há anos, o *mal des cités*, revelou sua verdadeira face. Há mais de três décadas, governos de direita e de ‘esquerda’ oprimem os pais desses jovens (em boa parte originários da África do Norte), e lançam na precariedade absoluta os próprios jovens, através do desemprego. O índice médio de desemprego em 2004 foi de 20,7% nos subúrbios, ou seja, o dobro do índice nacional. Entre os jovens de 15 a 25 anos, ele afeta 36% da população masculina e 40% da feminina. Esse índice é o dobro da média nacional nas *banlieues* das grandes cidades. Nestes bairros, o fato de ser jovem, mulher ou imigrante aumenta o risco de ficar desempregado. No caso das mulheres imigrantes, originárias de países que não fazem parte da União Européia, a taxa de desemprego é de 38%. A taxa de desemprego de pessoas que cursaram a universidade é de apenas 5%. Mas no caso de diplomados de origem do norte da África (os países do Magreb, ex-colônias francesas), o índice atinge 26,5% (!).

Além do desemprego, a discriminação contra os candidatos de origem árabe foi ficando cada vez mais acentuada. Entidades chegaram a pedir a criação do currículo anônimo, para pelo menos “permitir que cada um possa defender sua candidatura em uma entrevista, fazendo com que o contratante perceba o absurdo de seu preconceito”, defendendo que as agências de emprego informem o governo sobre os patrões que desejam apenas os franceses de “raça pura”, conhecidos como BBR (sigla em francês para azul, branco e vermelho: cores da bandeira da França). A França abriga cinco milhões de muçulmanos, e tem a maior população islâmica da Europa Ocidental.

Há um quarto de século, nada menos, o maior poeta musical francês da sua geração, Renaud, lançou um con-

troverso tema, em cujo refrão punha na boca de um líder de um bando de jovens *kabyle* da periferia parisiense as palavras que se seguem:

*J'ai rien à gagner, rien à perdre  
Même pas la vie  
J'aime que la mort dans cette ville  
de merde  
J'aime ce qu'est cassé, ce qu'est  
détruit  
J'aime surtout tout ce qui vous fait  
peur  
La douleur et la nuit.*<sup>1</sup>

Mas a burguesia francesa, “a mais burguesa de todas”, nas célebres palavras de Trotsky, essa “classe dirigente educada em escolas célebres que trabalha para reproduzir a si mesma”, não o ouviu. Vinte e cinco anos depois, numa fria *nuit d'octobre*, os carros, esses símbolos da marginalização da juventude de origem maghrebí, arderam aos milhares. Desde 1981 (governo de François Mitterrand) esquerda e direita, alternando-se no governo, puseram em marcha uma “política da cidade” que se traduziu em mais desemprego, mais controles policiais dirigidos contra os *bronzés* (negros, de origem árabe ou da África subsahariana), mais humilhação, mais desesperança.

A revolta da juventude dos bairros e guetos sacudiu a França e comoveu a Europa e o mundo. Seus protagonistas são uma nova geração sem nenhum porvir social sob as condições reais do capitalismo. Não acontece em um subúrbio de África ou da América Latina, mas no coração do imperialismo francês e da União Européia. Depois da exibição de pobreza, desigualdade e miséria de Nova Orleãs, a revolta na França expôs a realidade social do chamado primeiro mundo, e o conteúdo da chamada globalização. Ao longo dos últimos anos, o Estado francês reduziu a assistência social aos bair-

O que comentaristas e “intelectuais” franceses chamavam, há anos, o *mal des cités*, revelou sua verdadeira face. Há mais de três décadas, governos de direita e de ‘esquerda’ oprimem os pais desses jovens (em boa parte originários da África do Norte), e lançam na precariedade absoluta os próprios jovens, através do desemprego

ros populares, sob pretexto da necessidade de não superar os limites previstos do déficit orçamentário. O leste generalizado dos adolescentes franceses se produziu no mesmo momento em que a maioria dos estados da Europa, assim como os Estados Unidos, enfrentam uma crise de regime político, e estão encabeçados pelos governos mais fracos das últimas duas décadas. A sublevação juvenil se desenvolve nas condições de uma crise de conjunto, social e política, dos principais estados imperialistas. É natural que a massa da juventude insurgente fosse composta por descendentes de imigrantes, africanos ou asiáticos, *les noirs et les beurs*.

Essa massa reflete o ódio da juventude aos atropelos do imperialismo francês e mundial contra as nações do Oriente Médio e da África do Norte; sabe muito bem o que ocorre na Palestina ou no Iraque. Está indignada pela repressão que o governo “socialista” espanhol reservou para os marroquinos e senegaleses que queriam ingressar na Europa por Ceuta e Melilla. A essa massa se uniu desde o início, e de modo crescente, a juventude desempregada

de ascendência européia. As direções oficiais da esquerda francesa formaram uma frente comum com o governo contra o que chamaram de 'violência' da juventude. O partido socialista e o partido comunista publicaram comunicados que chamam a "pôr um fim à violência". Essa violência não tem, certamente, o caráter de uma luta revolucionária contra o estado capitalista, nem o de uma luta de classe do proletariado contra o capital. É a violência massiva de uma juventude 'lumpenizada' pelo capitalismo. Dirige-se contra as instituições do Estado, mas também contra os bens de outros trabalhadores, ou contra bens comunitários.

Mas isto é só um estágio, que precede uma crise maior em que esteja posta a questão do poder. A esquerda européia, porém, está empenhada em diversos países em formar governos de centro-esquerda que salvem o Estado da crise. Esta saída política, no estilo governo Lula, é incompatível com a tendência à miséria social e com o desespero crescente das massas na Europa. A revolta na França abriu uma nova perspectiva na crise mundial do capital, ao instalar a mobilização de massas no centro do próprio imperialismo capitalista.

Para a esquerda francesa, por outro lado, trata-se do fracasso de uma política histórica, a da "democratização da gestão urbana" (verdadeiro precedente do "orçamento participativo" do PT na década de 1990), concebida à margem (na verdade como substituta) da luta anticapitalista. Essa política foi concebida no auge da "contestação estudantil" e das experiências-piloto dos anos 1970. Com a crise econômica que se instalou nessa década devido ao choque do petróleo, o descontentamento político e social do final dos anos de 1960 se desenvolveu. A esquerda fez da "democracia parti-

cipativa" e da descentralização administrativa seus *slogans* maiores, e trouxe a questão urbana para o debate eleitoral. As eleições municipais de 1977 lhe foram favoráveis: muitos dos militantes dos movimentos urbanos chegaram ao poder em seus municípios e colocaram em prática experiências de "participação popular".

A esquerda prometeu que se ela chegasse ao poder central, o mesmo se daria em todas as instâncias. O ponto culminante desta primeira vaga do movimento participativo na França ocorreu no meio da década de 1970. Este momento coincidiu tanto com a chegada massiva da esquerda ao poder municipal, quanto com o número máximo de unidades construídas nos conjuntos habitacionais (564.000 habitações em 1976). Observou-se também, nesta época, uma mudança do discurso da direita no poder central, que se viu impelida a falar em participação e a adotar as expressões-chave da esquerda em relação à questão urbana, uma "pilhagem" de conceitos que também aconteceu no Brasil. Nesta época existiam na França pelo menos duas práticas de "participação popular", que tiveram origem em situações concretas diferentes: uma, dita "outorgada" pelo poder, em que a participação foi estimulada pelas administrações municipais (sobretudo as de esquerda) e alguns organismos do Estado central, ligados à questão urbana; e outra, dita "conquistada", em que através de ação reivindicativa, se conquistaram poderes para decidir questões que lhes davam respeito.<sup>2</sup>

O problema é que foi deixada de lado a questão central da cidadania e dos direitos políticos da enorme massa imigrante, sem falar na cumplicidade dos poderes municipais da esquerda (PC e PS) na criação de condições infra-humanas de alojamento e sobrevivência dos trabalhadores estrangei-

ros nas periferias das grandes cidades, chegando a casos de repressão contra aqueles e destruição de moradias precárias nas municipalidades "de esquerda". Em 1981, quando da sua vitória eleitoral, o programa da União de Esquerda falava vagamente em direito de voto para os estrangeiros... no plano municipal, e em extensão dos direitos políticos para essa massa de milhões de super-explorados, coisa que o governo Mitterrand nunca tirou do papel nos seus longos 14 anos de mandato (não foi por falta de tempo!).

Agora, é à direita no poder que, aproveitando o refluxo das mobilizações e tentando capitalizar (e incentivar) uma virada à direita da classe média 'francesa', tenta atacar o problema de frente. Em inícios de janeiro, Sarkozy anunciou um plano de "cotas" para a imigração, dificultando enormemente também a vida dos imigrantes já instalados (maiores dificuldades e prazos para obter a nacionalidade em caso de casamento com "nativos", alongamento do período e obstáculos administrativos para a solicitação de reunificação familiar, responsável por 70% do movimento migratório "oficial"): "A verdadeira generosidade não é acolher todo mundo, mas só aqueles que conseguimos *integrar*" (dobrar, seria o termo certo), disse cincicamente o ministro do Interior. Para não deixar dúvidas, anunciou que o plano

É a violência massiva de uma juventude 'lumpenizada' pelo capitalismo. Dirige-se contra as instituições do Estado, mas também contra os bens de outros trabalhadores, ou contra bens comunitários

prevê um patamar básico de 25 mil expulsões de estrangeiros por ano.<sup>3</sup>

Para não deixar dúvidas acerca da natureza da ofensiva direitista, o governo decidiu levar à prática a Lei votada em 23 de fevereiro de 2005, cujo artigo 4 afirma que o sistema educacional (o ensino de História nas escolas) deve sublinhar o “papel positivo” da colonização francesa (lei também votada pela bancada parlamentar da esquerda!). A lei, reacionária, foi anterior ao levantamento de outubro: ter sido posta em prática logo depois dele foi uma verdadeira provocação. Associou-se à lei um projeto de Memorial, em Marselha, um plano de origem municipal fomentado por associações de repatriados, ao qual se associou o governo, mediante um projeto de lei ante a Assembléia Nacional, que afirmava: *Durante sua presença na Argélia, Marrocos, assim como nos territórios postos sob sua soberania, foram múltiplas as contribuições francesas nos âmbitos científicos, técnicos, administrativos e também lingüísticos (sic!). [...] Par a o Estado francês constitui um dever reconhecer a obra positiva de nossos compatriotas nesses territórios: essa será a principal vocação do Memorial da França de Ultramar.* Os ‘civilizadores’ franceses teriam ‘ensinado’ aos ‘bárbaros’ árabes a se exprimir numa língua ‘civilizada’: cabe imaginar um exemplo pior de burrice imperialista?

Afirmava-se também a necessidade de “promover a obra coletiva da França de Ultramar”, retomando o vocabulário e, sobretudo, a argumentação dos *slogans* imperiais, articulados em torno à missão civilizadora da França, e à revalorização da grandeza nacional. O ressurgimento da mitologia da epopeia colonial era total: “França pedira aos seus filhos mais intrépidos que assegurassem a sua expansão no além-mar: fizeram-no com coragem, com entusi-

asmo, com tenacidade. Se aproveitaram as terras, se combateram as doenças, se promoveu uma real política de desenvolvimento”.<sup>4</sup> De imediato, uma “frente de esquerda” contrária à lei se constituiu, reunindo-se em uma tribuna que foi compartilhada por representantes do PCF, do PS, dos radicais de esquerda (PRG) e até dos trotskistas (*Lutte Ouvrière* e LCR), uma verdadeira “Frente Popular historiográfica”. Ainda assim, os *beurs* do PS se manifestaram publicamente contra a posição tímida do partido diante da lei racista-colonialista (que o OS tinha votado favoravelmente em fevereiro!).<sup>5</sup> Finalmente, a 4 de janeiro, junto com a suspensão do estado de emergência, o presidente Jacques Chirac optou pelo cancelamento da lei colonialista.

O levantamento de outubro/novembro, a crise político-“histórica” de dezembro/janeiro, foram os sintomas anunciantes de uma crise sem precedentes. O editor de *Le Point* não poupa adjetivos: *Depois da trombose social, do crack cívico de 2002, da jacquerie eleitoral de maio [o “não” francês à Constituição da UE], as revoltas urbanas do outono de 2005 são uma nova ilustração da crise nacional da França e da decomposição do corpo social.*<sup>6</sup> A França burguesa-imperial-colonial treme, e esse tremor se estende por toda a Europa. Há um século e meio, na conclusão do seu *18 Brumário de Louis Bonaparte*, Karl Marx afirmava que o canto do galo francês anunciaría o novo despertar revolucionário da Europa. E 150 anos depois, em novas condições históricas, a situação se assemelha... e pouco importa que o galo do século XXI misture no seu grito o francês com o árabe, nem que durma à noite ao suave som das melodias *kabyle*.<sup>7</sup>

**Osvaldo Coggiola**, professor Titular de História Contemporânea da USP, vice-presidente do ANDES – Sindicato Nacional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAIN GARRIGOU. *Un air de contre-révolution*. Le Monde Diplomatique, Paris, janeiro de 2006.
- DÉBORA NUNES. *Gestão urbana e participação popular: um olhar brasileiro sobre a experiência francesa (1960 – 2004)*. Revista de Desenvolvimento Econômico n° 10, Salvador, julho de 2004.
- FRANCE AND IMMIGRATION. *After the riots*. The Economist, Londres, 17 de dezembro de 2005.
- ISABELLE MANDRAUD. *Les beurs du PS jugent la direction du parti trop timide*. Le Monde, Paris, 20 de dezembro de 2005.
- SANDRINE LEMAIRE. *Una ley que viene de lejos*. Le Monde Diplomatique / El Dipló, Buenos Aires, janeiro de 2006.
- Sarkozy rompe l’ultimo tabu. Corriere della Sera, Milão, 4 de janeiro de 2006.

## NOTAS

- 1 Nada tenho para ganhar, e nada para perder / Nem mesmo a vida / Só gosto da morte, nesta cidade de merda / Só gosto do que está quebrado, do que está destruído / E gosto, sobretudo, daquilo que vos mete medo / A dor, e a noite.
- 2 Débora Nunes. *Gestão urbana e participação popular: um olhar brasileiro sobre a experiência francesa (1960 – 2004)*. Revista de Desenvolvimento Econômico n. 10, Salvador, julho de 2004.
- 3 Sarkozy rompe l’ultimo tabu. Corriere della Sera, Milão, 4 de janeiro de 2006. Cf. também: France and immigration. After the riots, The Economist, Londres, 17 de dezembro de 2005.
- 4 Sandrine Lemaire. *Una ley que viene de lejos*. Le Monde Diplomatique / El Dipló, Buenos Aires, janeiro de 2006.
- 5 Isabelle Mandraud. *Les beurs du PS jugent la direction du parti trop timide*. Le Monde, Paris, 20 de dezembro de 2005.
- 6 *Le Point*, Paris, 10 de novembro de 2005. Contra esse diagnóstico “catastrofista” levantou sua voz *Le Monde Diplomatique*, cf. Alain Garrigou. *Um air de contre-révolution*. Le Monde Diplomatique, Paris, janeiro de 2006.
- 7 Muito mais bonitas, por outro lado, que os duros cantos marciais dos revolucionários franceses do século XIX: quem disse que a História não avança?

# História da África diáspora africana e pós-abolição

Alvaro Pereira Nascimento

Há três vias para mudarmos a maneira de contar a história dos escravos. Essas vias: entender o que eram antes de chegarem aqui, seus usos, costumes, relação entre os diversos reinos e o comércio; estudar a diáspora africana; e conhecer os problemas dos escravos alforriados para conseguirem chegar ao trabalho livre. É a inclusão desta história em nossas escolas que se quer discutir aqui.

Pais e estudantes podem ter dúvidas quanto às recentes medidas governamentais que implementaram a obrigatoriedade do ensino de História da África e da cultura afro-brasileira nos currículos escolares. Se já estudam a história de diversos lugares, por que ampliar o conteúdo da disciplina? Certamente uma parte dos pais e estudantes já sabe as respostas, mas uma outra infinitamente maior tem dúvidas ou não esboça opinião sobre o assunto.

Talvez este seja um dos principais problemas a ser enfrentado por professores e direção de escolas quando questionados por alunos e pais. Como fazê-los entenderem esta mudança? Além de vencer este desafio, há outros que recaem sobre os próprios educadores: a falta de formação dos professores e a limitada quantidade de material de pesquisa em História da África. Desta forma, perguntamo-nos, como enfrentar estes problemas? Podemos relacionar alguns eixos básicos necessários à compreensão desta mudança no currículo escolar de História.

Embora haja uma lenta mudança nos livros didáticos de História, a maior parte deles ainda continua a ligar a história dos negros ao período da escravidão. E há pelo menos três caminhos para ampliar esta mesma história. *Primeiro* é entender quem eles eram antes de chegar ao Brasil. Enfim, qual a religiosidade, nação, língua, costumes, relação entre os reinos, comércio, produção etc. *Depois* temos a dispersão dos africanos pelas Américas. A diáspora africana pode revelar semelhanças e diferenças entre as regiões, dependendo da origem africana dos cativos e das relações que estes mantinham nas diversas colônias do Continente. *E finalmente*, devemos entender quais os problemas enfrentados ao longo do processo que extinguiu o trabalho escravo, pelos que, libertos ou alforriados, entraram no mercado de trabalho livre. Estas são questões pouco presentes ou carecem de urgentes atualizações nos manuais escolares.

No caso da África e dos africanos, estes são mais bem representados nas



páginas que cobrem os séculos XIX e XX, quando é descrita a partilha do continente por europeus e, logo depois, quando são abordadas as independências das colônias africanas a partir do meado do séc. XX. Os alunos, assim, podem aprender sobre a terrível invasão européia na África, a formação de países (como Angola, Moçambique, África do Sul), as diferentes línguas, a participação de líderes como Nelson Mandela, a formação de nacionalidades modernas, as guerras, até chegarem aos atuais problemas, tais como proliferação da Aids, a fome provocada pelos conflitos, as rivalidades étnicas, o *apartheid*, a economia etc. No entanto, o período anterior ao século XIX é uma interrogação para a maior parte dos livros didáticos e professores.

Neste período um pedaço importante da África foi 'incorporado' ao Brasil. Uma África que se modificou e continua se modificando a cada dia entre nós, desde quando acordamos até irmos dormir. Ela está entre nós, mas não sabemos suas origens, sua própria história. É a inclusão desta história que pretendo discutir aqui.

E podemos começar abordando a própria idéia que temos de 'África' e dos 'africanos'; ela limita nossa compreensão da pluralidade de pessoas e experiências culturais que chegou às Américas até aproximadamente 1850. Valores, costumes, língua, estruturas de poder, economia,

fronteiras, rotas de migração e a própria história de uma determinada nação perdem sua especificidade, sua identidade, quando entendemos todos os escravos como 'africanos' somente. Há possibilidades de ultrapassar a visão, linear e singular que temos da África e entender a pluralidade existente naquelas regiões, principalmente as que foram rotas de comércio de escravos para o Brasil.

Sabemos da importância do estudo dos países europeus para a História do Brasil. Estudar o Renascimento, por exemplo, ou o papel da igreja católica torna mais fácil a compreensão da história das religiões cristãs em suas mudanças até chegar aos nossos dias. Da mesma forma, torna-se difícil entender a revolta de escravos malês ocorrida em Salvador no início do século XIX caso não tenhamos dimensão da expansão do islamismo na África e dos conflitos ali resultantes.

Poucas décadas atrás, o ensino de história possuía currículos baseados num "eixo espaço-temporal eurocêntrico", que punha em segundo plano outras contribuições à história do Brasil, caso da história do continente africano. Após muitos anos de questionamento de educadores e movimentos sociais, esta realidade tem sido paulatinamente modificada. No caso da História da África, a lei n. 10.639/03 instituiu a obrigatoriedade do ensino de História da África e história da cultura afro-brasileira nas escolas de ensino básico. As univer-

Poucas décadas atrás, o ensino de história possuía currículos baseados num "eixo espaço-temporal eurocêntrico", que punha em segundo plano outras contribuições à história do Brasil. Após muitos anos de questionamento de educadores e movimentos sociais, esta realidade tem sido paulatinamente modificada

sidades têm procurado dar conta dessa nova demanda, criando disciplinas específicas de História da África aos futuros professores dos ensinos médio e fundamental. Ao mesmo tempo, surgem cursos de pós-graduação *lato sensu* para professores que não tiveram tal formação durante suas graduações. Ainda faltam medidas que melhorem o acesso dos professores a este novo conteúdo do currículo escolar de História.

No entanto, um dos maiores problemas ainda é o acesso a material de pesquisa sobre História da África. São poucos os especialistas brasileiros que se dedicam ao estudo daquele continente, e muito do que foi publicado recentemente pertence a universidades européias, africanas e americanas, geralmente escrito em outros idiomas. Assim, há de se ter todo um investimento em traduções de livros e artigos, na formação de pesquisadores "africanistas" e na criação de grupos de pesquisa em História da África, que ampliem a produção e a oferta de material didático nas salas de aula das universidades e das escolas de primeiro e segundo graus.



Alguns trabalhos já são amplamente utilizados, como os de História da África de Alberto da Costa e Silva. No entanto, estas não são suficientes para dar conta de tantas questões a serem estudadas. Certamente, há problemas que dificultam as pesquisas como o acesso às fontes históricas. Para o século XX este problema é infinitamente menor que para os séculos anteriores. Muito do que se tem descoberto em torno da África foi encontrado e trabalhado pela Arqueologia. A descoberta de peças, rotas e cidades em escavações tem revelado a emergência das primeiras comunidades produtoras de alimentos, o impacto da tecnologia dos metais, o processo de expansão do cristianismo e, posteriormente, do islamismo, a formação dos reinos e

etnias no continente africano. É fantástico entender as ligações possíveis entre a África sub-saariana e as rotas comerciais que ligavam essa região ao Norte do continente, e o deslocamento dessas mesmas rotas para o Atlântico quando se deu o contato com traficantes europeus. Nos arquivos portugueses, brasileiros e de outros países que experimentaram a escravidão moderna, podem ser encontrados documentos que muito têm ajudado pesquisadores a descobrir a África e os africanos nas Américas.

Um desses trabalhos é o de Robert Slenes. Utilizando textos de viajantes europeus, sobretudo Rugendas, e uma variedade incrível e diversa de fontes, ele mostrou que a África também *estava* no Brasil. Esta foi *descoberta* pelos viajantes, artistas e pesquisadores europeus que aqui estiveram e observaram a diversidade étnica de escravos africanos nas ruas das principais cidades e nas fazendas. Contudo, essa África também já havia sido *descoberta* pelos próprios africanos capturados para atravessarem o Atlântico. Estes homens e mulheres iam encontrando outros cativos de diversas etnias e descobrindo semelhanças e diferenças entre eles, que estavam sendo trazidas para o Brasil e outras diversas regiões das Américas.

Paradoxalmente, no entanto, ela estava *coberta* aos olhos dos brancos proprietários que aqui viviam. Isto foi possível porque os senhores não tinham interesse em conhecê-la,

ou porque os escravos tentavam escondê-la dos seus senhores. Trabalhando com a região de São Paulo e Rio de Janeiro da primeira metade do século XIX, Slenes explica que esta região recebeu escravos provenientes da África Central, que falavam as línguas quimbundo, umbundo e quicongo. Vendidos para senhores desta região cafeicultora, eles começavam a encontrar afinidades entre suas línguas quando vinham para o Brasil. Isto possivelmente pode ter contribuído para a criação de uma língua crioula no Brasil, a qual caiu em desuso com o passar dos tempos. É interessante notar que fragmentos dessa língua possam ainda ser encontrados em letras de pontos de *performances* remanescentes dos

Devemos pensar as possibilidades de estudar os elementos (humanos e culturais) trazidos das diversas partes da África, e que aqui, nas palavras de Stuart Hall, sofreram o efeito do "turbilhão violento do sincretismo colonial". Esta África "passa bem, obrigado, na diáspora", e não é mais a África dos séculos de tráfico nem a atual

Torna-se dificílima a análise do que se entende por "sociedade brasileira", destituída de reflexões que levem em consideração pelo menos a diferença de cor/raça (para não falar de gênero, idade etc). É inconcebível pensarmos que após a escravidão todos se transformaram em 'trabalhadores', 'classe operária'

escravos, como é o caso do Jongo e do Caxambu.

A diáspora africana também tem de ser mais bem entendida e discutida entre alunos. A primeira significação do termo diáspora surge na história da grande dispersão dos judeus quando foram espalhados pelo mundo. A mesma idéia é utilizada na atualidade no que tange aos africanos que cruzaram o Atlântico no tráfico de escravos. Assim, poderíamos encontrar elementos culturais diversos trazidos da África para o Caribe, os Estados Unidos e a América Latina até o meado do século XIX, quando terminou o tráfico de escravos para a região. Tudo isto serviu para se pensar a idéia de uma 'identidade' afro-descendente ou 'negra', presente na religiosidade, dança, música, língua e linguagens, alimentos etc. E é neste ponto que devemos pensar as possibilidades de estudar os elementos (humanos e culturais) trazidos das diversas partes da África nos séculos XVI e XIX, e que aqui, nas palavras de Stuart Hall, sofreram o efeito do "turbilhão vidente do sincretis-

mo colonial". Esta África "passa bem, obrigado, na diáspora", e não é mais a África dos séculos de tráfico nem a atual. Ela existe e se reproduz a seu jeito em cada parte do Atlântico Negro. Os estudos nas mais diversas áreas das ciências humanas estão conseguindo explorar e revelar esta África diferentemente daquela visão enrijecida e negativa que reduziu a riqueza e a pluralidade das suas *performances*.

Por fim temos a história do negro no pós-abolição. Certamente ainda existem diversos aspectos relativos à religiosidade, à dança e à música que precisam ser estudados, esses, porém, já vêm sendo discutidos por antropólogos, historiadores e sociólogos há um bom tempo. Mas no campo das relações de trabalho das primeiras décadas do pós-abolição, ainda tem-se muito a fazer. Torna-se dificílima a análise do que se entende por "sociedade brasileira", destituída de reflexões que levem em consideração pelo menos a diferença de cor/raça (para não falar de gênero, idade etc).

É inconcebível pensarmos que após a escravidão todos se transformaram em 'trabalhadores', 'classe operária' sem considerar a diferença da cor entre eles. As oportunidades não eram as mesmas para brancos e negros, nacionais e imigrantes. Havia e há preconceitos que fecham a porta para um indivíduo e abrem a mesma para outro que tem os requi-

sitos 'invisíveis' dos formulários de solicitação de empregos.

Desta forma, historiadores estão trabalhando para entender libertos e alforriados no processo que aboliu as relações de trabalho no sistema escravista e criou novas relações entre patrões e empregados. O que se tem visto nas pesquisas recentes é que estes enfrentaram o preconceito e o racismo científico para ascender econômica e socialmente. Ao contrário de um ser 'coisificado' pela escravidão, estas pesquisas encontram profissionais que poderiam ter exercido a maior parte dos mais valorizados ofícios durante o período. Mas, infelizmente, a maior parte não foi aproveitada devido à cor da pele.

Creio que estes três eixos poderão melhorar a compreensão dos alunos em relação às origens da África que aqui está, as diferenças entre ela e as demais espalhadas na diáspora e, finalmente, a participação fundamental dos negros na abolição e na disputa por espaços no mercado de trabalho dos séculos XIX e XX. Desta forma, os alunos poderão melhor entender a história dos negros não somente pela escravidão, mas por uma visão mais larga do povo negro das Américas.

**Álvaro Pereira do Nascimento**, doutor em História, autor de *A ressaca da marujada*, pesquisador colaborador do Pronex/CEO e *visiting scholar* na Universidade de Northwestern.

# Para superar a violência

KOINONIA e o Pólo Sindical do Submédio São Francisco, em parceria com a Cese, desenvolveram em 2005 a pesquisa **Ações juvenis para superação da violência na região do Submédio São Francisco**. O projeto foi realizado com jovens nos municípios de Rodelas e Macururé (BA); Jatobá, Floresta, Belém do São Francisco, Orocó e Santa Maria da Boa Vista (PE). O objetivo da pesquisa foi avaliar as percepções da violência, da superação da violência e dos efeitos das ações da juventude rural no Submédio São Francisco. Além disso, o estudo também mensurou os impactos das ações de KOINONIA e do Pólo Sindical junto à juventude da região. Há nove anos KOINONIA e o Pólo desenvolvem atividades sócioeducativas de caráter político organizativo e de formação cultural para os jovens da região. Catorze jovens foram ca-

pacitados por KOINONIA e pelo Pólo para aplicar os cerca de 800 questionários da pesquisa.

A IX Assembléia do CMI foi realizada de 14 a 23 de fevereiro na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (RS). Segundo os organizadores, o evento foi "um momento de encontro, de oração e de deliberação para milhares de mulheres cristãs e homens cristãos de todo o mundo". Cerca de 700 delegados representaram 340 Igrejas, Protestantes, Anglicanas, Ortodoxas, entre outras, além de entidades ecumênicas de cem países que compõem o CMI. As entidades parceiras da Década para a Superação da Violência estiveram presentes no evento.

De 6 a 8 de janeiro Recife (PE) sediou o 2º Festival da Juventude que envolveu cerca de 46.000

A DÉCADA PARA SUPERAR A VIOLENCIA É UMA GRANDE CONVOCAÇÃO PARA QUE AS PESSOAS DE BOA VONTADE E INSTITUIÇÕES SE UNAM MEDIANTE A DIGNIDADE HUMANA PARA O REENGATE DO PROTESTISMO BÍBLICO. A JUSTIÇA PRODUZIRÁ A PAZ" (ISAIAS 32:17)



DIGNIDADE HUMANA E PAZ

pessoas, segundo os organizadores. Durante o evento, promovido pelo governo de Pernambuco, foram realizadas diversas atividades, entre elas shows, apresentações de dança, exibições de filmes, peças de teatro, debates e oficinas. No último dia do festival, KOINONIA participou de um debate com o tema 'As várias faces da Violência' no qual apresentou os resultados da pesquisa **Ações juvenis para a superação da violência na região do Submédio São Francisco**, realizada em parceria com a Cese.

O Ceca e a EST promoveram no dia 18 de fevereiro a oficina Gênero, Violência e Religião, durante a Assembléia do CMI realizada em Porto Alegre (RS). Os participantes realizaram reflexões bíblico-teológicas sobre religião, violência, cultura de paz, prevenção de conflitos e reconciliação.

KOINONIA coordenou a Plenária sobre a América Latina realizada durante a Assembléia do CMI. A atividade, preparada pelo CMI, Clai – região Brasil e KOINONIA, teve o objetivo de informar os participantes sobre a realidade das igrejas latino-americanas e suas contribuições para o movimento Ecumênico. A plenária, transmitida para todo o país por um canal de TV aberta, abordou a história, cultura e espiritualidade da América Latina. KOINONIA também promoveu, no espaço do Mutirão da Assembléia, uma oficina com o tema 'HIV/AIDS: uma abordagem inter-religiosa'.

'Tramando contra a violência de gênero' é o nome do projeto do Ceca em 22 de fevereiro, durante a IX Assembléia do CMI em Porto Alegre. Com o projeto o Ceca assumiu o compromisso de capacitar homens e mulheres nas igrejas para

enfrentarem a violência de gênero e estabelecerem no cotidiano das comunidades uma nova relação de gênero baseada na dignidade humana. Assim, o projeto persegue os seguintes objetivos: **contribuir para que as igrejas assumam o projeto da Década para Superação da Violência**, tornando-se instrumentos de apoio e fortalecimento para a superação da violência de gênero; **formar multiplicadores nas igrejas, organismos ecumênicos, centros de formação teológica, pastorais sociais e grupos de homens e mulheres em torno do tema "Gênero, Violência e Igrejas"; e promover debates a partir de uma nova compreensão de masculino e feminino.** Segundo o Ceca, o público alvo do projeto são professores e estudantes de teologia, lideranças de pastorais, pessoas vinculadas a entidades ecumênicas e religiosos. Para mais informações sobre o projeto 'Tramando contra a violência de gênero' acesse: [www.ceca-rs.org](http://www.ceca-rs.org).

Durante a IX Assembléia do CMI, o Conic lançou o **Relatório sobre a Dignidade Humana e a Paz no Brasil – 2005**. O lançamento fez parte do painel sobre desarmamento, coordenado pelo Pr. Ervino Schmidt e com a participação de Rubens César Fernandes, diretor da ONG carioca Viva Rio, e Francisco Whitacker, integrante do comitê organizador do Fórum Social Mundial. A publicação apresenta resultados da pesquisa sobre a percepção da exclusão e da desigualdade social no Brasil. Segundo o Conic, esses resultados podem mobilizar grupos e igrejas para terem atitudes de transformação do quadro de injustiça e exploração reinante no país. A publicação está disponível no Conic. Mais informações pelo telefax: (61) 3321-4034.

De 12 a 14 de dezembro a Cese participou do **Fórum Ecumênico de Mulheres por um Comércio que promova a Vida**, realizado em Hong Kong (China), e promovido pelo CMI. Durante o encontro

os participantes, principalmente mulheres de diversos países da Ásia, África, Europa e Américas, analisaram sob uma ótica teológica e de gênero os impactos que as negociações conduzidas pela OMC têm sobre os países em desenvolvimento. O evento representou uma resposta de mobilização popular à **Sexta Reunião Ministerial da OMC**, realizada também em Hong Kong, no mesmo período.

Em outubro o Conic promoveu o **Encontro Nacional Ecumênico de Mulheres com o tema 'Tramando o Cotidiano'**. O encontro, realizado em São Paulo, inspirou-se na Década para Superar a Violência e na IX Assembléia do CMI, considerando o alto índice de violência presente na sociedade; a desigualdade nos relacionamentos e a diversidade no nosso cotidiano. Como resultado do evento os representantes das cerca de 25 entidades entre igrejas e instituições presentes produziram uma Declaração das Mulheres Ecumênicas.

#### SIGLÁRIO

- CECA – Centro Ecumênico de Evangelização
- CESE – Coordenadoria Ecumênica de Serviço
- CLAI – Conselho Latino Americano de Igrejas
- CMI – Conselho Mundial das Igrejas
- CONIC – Conselho Nacional de Igrejas
- EST - Escola Superior de Teologia
- OMC – Organização Mundial de Comércio



**VISTA-SE**

USE SEMPRE CAMISINHA

## **Carta de repúdio ao cerceamento dos direitos humanos da comunidade da Ilha de Marambaia**

Para: Presidência da República, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério da Defesa, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Especial para promoção da Igualdade Racial, Fundação Cultural Palmares,

Cópia: Incra, CNPT/Ibama, Defensoria Pública, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual (RJ), Comissão de Meio Ambiente da Alerj, Núcleo de Direitos Humanos da Procuradoria do Estado, Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), Secretaria de Estado de Justiça e Direitos dos cidadãos (RJ), Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro (Iterj), Ministério da Educação e Cultura, Prefeitura do Rio de Janeiro.

A comunidade da Marambaia ocupa esta ilha, no litoral de Mangaratiba, há mais de 100 anos, constituindo um território étnico onde vivem descendentes diretos ou indiretos de negros escravizados que ali aportavam por ser um dos pontos de desembarque do tráfico. Essa população vem enfrentando, nas últimas três décadas, graves violações de seus direitos fundamentais. Tal fato se deve à ação da Marinha de Guerra desde que a ilha foi declarada Área de Interesse Militar, abrigando o Centro de Adestramento da Ilha da Marambaia (Cadim).

Desde então, sob o arbítrio da Ditadura Militar, e ainda hoje sem regras democráticas implantadas, as 161 famílias moradoras passaram a sofrer com os riscos de treinamentos militares, além de terem perdido praticamente todos os serviços públicos antes oferecidos, assim como postos de trabalho. Foram suprimidos direitos corriqueiros no nosso ordenamento jurídico como o de ir e vir, transporte regular, livre associação social e política, plantio de roças, moradia digna, escola e hospital, privacidade de correspondência, melhoria da qualidade de vida.

Ainda que reconhecida pela Fundação Cultural Palmares, a partir de laudo antropológico, como *comunidade remanescente de quilombo*, os procedimentos legais para a regularização fundiária da ilha conferindo aos moradores o direito ao título coletivo da propriedade da terra ocupada só puderam ser iniciados pelo Incra neste último mês de fevereiro, mediante uma liminar judicial, pois a Marinha vem impedindo a entrada dos técnicos do órgão na ilha e, mesmo com a liminar, dificultou a conclusão do trabalho de cadastramento das famílias.

Livres da ação dos senhores escravagistas, esses quilombolas vivem agora sob o jugo dos senhores da guerra, ainda que em tempos pacíficos, conhecendo apenas a face autoritária e arbitrária do poder de Estado.

Argumentos ambientalistas são usados para confundir a já desinformada opinião pública e sustentar uma estratégia de expulsão e de expropriação aos ilhéus do seu direito coletivo à terra. Afirma-se, por exemplo, que os moradores são responsáveis pela degradação da área, omitindo que os treinamentos de guerra, o uso privado da ilha para turismo dos familiares e convidados dos militares - praticando, inclusive, pesca predatória de mergulho -, a destruição e não preservação do patrimônio histórico, e a intensa produção de lixo, é que provocam impactos ambientais. Ao con-

trário, a atenção ao patrimônio cultural e histórico, a prática de pesca artesanal, obedecendo aos ciclos da reprodução dos pescados, as roças cultivadas com técnicas limpas, o saber tradicional, e os hábitos de consumo dos ilhéus sem quase descarte protegem indubitablemente o ambiente físico e cultural da ilha. Além disso, postula-se o risco de favelização da Ilha, ignorando que o título concedido a tais comunidades é coletivo e inalienável e que populações tradicionais têm relação sustentável com o território e são receptivas a programas de manejo e uso sustentável do solo. Assim, a segregação que as famílias negras da Marambaia historicamente enfrentam somada à injustiça ambiental a que estão submetidas faz deste um dos mais notáveis casos de racismo ambiental do país.

Agravando tal situação, há um isolamento imposto aos moradores em relação a entidades e atores sociais vinculados à luta pelos direitos humanos, impedidos de entrar na ilha, fato que vem ocorrendo desde dezembro de 2005 com a equipe de Koinonia. Essa entidade é a responsável pelo já concluído laudo antropológico de identificação exigido pela Procuradoria Geral da República, não podendo ingressar atualmente na Ilha para implementar um projeto de Etnodesenvolvimento Quilombola em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA).

Repudiamos os atos da Marinha de Guerra como vestígios anacrônicos do finado regime militar, portanto inconstitucionais e negadores da vigência de um Estado Democrático. Em busca da justiça social e da sustentabilidade de um Estado Democrático, repudiamos a atuação de agentes públicos que reproduzem uma lógica da Doutrina de Segurança Nacional dos amargos tempos da Ditadura Militar e que faz parte, inaceitavelmente, para a população da Marambaia, do seu insuportável cotidiano.

Reivindicamos a implementação imediata do DIREITO COLETIVO À TERRA e dos DIREITOS CIVIS da comunidade da Ilha de Marambaia e sua livre convivência com a sociedade civil organizada e solidária pela promoção do seu Desenvolvimento Humano e Sustentável.

Rio de Janeiro, 02 de março de 2006

*Por considerar que essa situação representa uma violação aos direitos sociais e civis dessa população, o Projeto Brasil Sustentável e Democrático/FASE, através da Rede Brasileira de Justiça Ambiental, e KOINONIA estão iniciando a Campanha Marambaia Livre! em apoio à reivindicação da comunidade pela regularização fundiária e pela garantia de seus direitos.*

*Esta carta já recebeu mais de 70 assinaturas de entidades da sociedade civil e de cerca de 50 cidadãos.*

*Novas adesões podem ser enviadas para:*

*Rosa Peralta (KOINONIA)  
oq@koinonia.org.br*

*Julianna Malerba (FASE)  
brsust@fase.org.br*