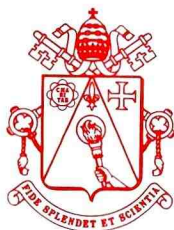




REVISTA DE  
CIÊNCIAS MÉDICAS  
PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

# REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

## SUMÁRIO

	Págs.
1 - Editorial .....	35
2 - Artigos de revisão:	
<i>Organização dos serviços de saúde no Brasil: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais</i> .....	37
Erly Catarina de Moura	
Maria Alice Amorim Garcia	
3 - Artigos originais:	
<i>Avaliação da terapêutica cirúrgica do pneumotórax espontâneo</i> .....	43
José Luís Braga de Aquino	
Pedro Ishida	
José Alfredo dos Reis Neto	
Pedro Agapio de Aquino Neto	
4 - Memória:	
<i>Coloproctologia: estórias da história</i> .....	47
Flávio Antonio Quilici	
5 - Ponto de vista:	
<i>Terapia ocupacional: qualidade de ensino e vida universitária, segundo percepção de seus concluintes de graduação</i> .....	53
Paulo de Freitas Guimarães	

## CONTENTS

	Page
1 - Editorial .....	35
2 - Review articles:	
<i>Health care services organization in Brazil: its development according to sectorial public policies</i> .....	37
Erly Catarina de Moura	
Maria Alice Amorin Garcia	
3 - Original articles:	
<i>Surgical therapeutic evaluation of spontaneous pneumothorax</i> .....	43
José Luiz de Aquino	
Pedro Ishida	
José Alfredo dos Reis Neto	
Pedro Agapio de Aquino Neto	
4 - Memory:	
<i>Coloproctology: story of history</i> .....	47
Flávio Antonio Quilici	
5 - Point of view:	
<i>Occupational therapy: teaching quality and the university life according to senior students</i> ..	53
Paulo de Freitas Guimarães	

## Ciclo de Debates sobre Ética - Parte 2

<i>Modernidade e crise ética</i> .....	56
Frei Antônio Moser	
<i>Fundamentos filosóficos da moral</i> .....	62
José Luiz Sigríst	

---

## EXPEDIENTE

---

Revista de Ciências Médicas - Puccamp  
Faculdade de Ciência Médicas da Pontifícia  
Universidade Católica Campinas

Grão Chanceler	Dom Gilberto Pereira Lopes
Magnífico Reitor	Prof. Gilberto Luiz Moraes Selber
Vice-Reitor para Assuntos Administrativos	Prof. Alberto Martins
Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos	Prof. Pe. Benedito Almeida David
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas	Prof. Luiz Maria Pinto
Vice-Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas	Profª Alice Aparecida de Olim Brícola
Editor	Prof. João Francisco Marques Neto
Conselho Editorial	Adil Muhid Samara Alice Reis Rosa Antônio de Azevedo Barros Berenice Rosa Francisco Elda Mathilde Hirose Pastore Geraldo Gomes de Freitas Jessé de Paula Neves Jorge José Alfredo dos Reis Neto Lígia Maria Juppo de Souza Rugolo Lineu Corrêa Fonseca Marcelo Zugaib Moacir de Pádua Vilela Nelson Ari Brandalise Paulo José Ferreira Tucci Saul Goldenberg Sívio dos Santos Carvalhal Sívio Saidemberg Vicente Renato Bagnolli

Capa: Alcy Gomes Ribeiro

Normalização: Profª Rosa Maria Vivona Bertolini Oliveira

Normalização das referências bibliográficas: Maria Cristina Matoso

Impressão: Gráfica Editora Modelo Ltda.

Tiragem: 1.000 exemplares

Distribuição: Sistema de Bibliotecas e Informação da PUCAMP

Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

**Revista de Ciências Médicas - Puccamp - Av. John Boyd Dunlop, s/nº  
- Jd. Ipaussurama - 13020-904 - Campinas-SP**

**AS NORMAS PARA PUBLICAÇÃO ENCONTRAM-SE  
NO VOLUME 1 NÚMERO 1, 1992**

**A** temática apresentada neste número da **REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP** traduz o permanente esforço com que se busca vencer o histórico desafio da consolidação de um projeto na área da Saúde.

É, porém, maior ainda, a satisfação de trazer público a produção acadêmico-científica de nossa Unidade, que na aparente diversidade de temas, possui no fundo, um alinhamento que contribui na construção do tecido interdisciplinar gerando, assim, a linha editorial desse periódico.

Ao lado de análises das políticas de saúde é apresentada uma avaliação da qualidade de ensino no curso de Terapia Ocupacional; a Cirurgia aborda diferentemente seus temas, e finalmente, apresentamos a segunda e última parte do Ciclo de Debates sobre Ética, ocorrido em 1993, na FCM.

**LUIZ MARIA PINTO**

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas - PUCCAMP

# *Organização dos serviços de saúde no Brasil: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais*

Erly Catarina de Moura <sup>1,3</sup>  
Maria Alice Amorim Garcia <sup>2,3</sup>

## **RESUMO**

*Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil que auxilie, principalmente, alunos de graduação da área da saúde a compreender a questão da saúde no Brasil e a situar o Sistema Único de Saúde nos dias de hoje. Descreve-se um breve histórico desde o período do Brasil Colônia, passando pelo Brasil-Império, pelo Brasil-República campanhista-preventivista e assistencial-privativista, até os dias de hoje, quando se propõe o Sistema Único de Saúde, produto de intensa e contínua luta das forças progressistas, como modelo descentralizado, integral e sujeito ao controle social. Neste trabalho procurou-se situar a saúde enquanto direito de cidadania, conforme consta na Constituição Brasileira.*

**Unitermos:** política de saúde, serviços de saúde - história, saúde pública - história, seguro nacional de saúde - história, macroplanejamento.

## **O BRASIL-COLÔNIA**

No Brasil-Colônia, com o aumento da população, pela vinda dos colonizadores, colonos e escravos, e do comércio, as doenças transmissíveis se disseminaram rapidamente. A literatura menciona a presença de epidemias, a partir do século XVI, de varíola, malária, lepra, febre amarela, buba, desenterias e outras trazidas pelos imigrantes, levando a um alto índice de mortalidade. Poucas medidas foram tomadas, então, no que se refere à Higiene Social. Eram ações localizadas, voltadas à população dos centros urbanos emergentes em que a intervenção governamental ou particular (principalmente da Igreja) tinha por fim o isolamento dos pobres enfermos, através da internação nas Santas Casas, implantadas a partir de 1543, segundo o modelo português, caritativo. A rede de Santas Casas foi a raiz da Assistência

Médico-Hospitalar no país, que foi crescendo através dos séculos, cada vez mais intensamente. Para o atendimento da nobreza existiam alguns médicos formados em Portugal e os serviços de saúde eram dirigidos prioritariamente às tropas militantes, com o fim de garantir a soberania territorial. As questões relativas à higiene ficavam a cargo de saúde municipal, na vila São Paulo, em 1598. Além da execução e regulamentação de alguns serviços de saúde, o governo português se responsabilizava pelas questões relativas ao ensino e ao exercício da cirurgia, medicina, farmácia e de outras profissões existentes na época como a dos sangradores, barbeiros, dentistas, boticários, droguistas e curandeiros. A prática médica e terapêutica fundamentava-se no isolamento dos enfermos, sangrias e purgantes, utilizados indistintamente para muitas doenças. As precárias condições de saneamento, agravadas pelo crescente aumento populacional, e o já reduzido número de leitos hospitalares levaram, ao aumento das doenças, o que exigiu a construção de um hospital exclusivo para os militares, no Rio de Janeiro, em 1763<sup>16</sup>.

A situação tornou-se mais grave, com a chegada da

---

(1) Nutricionista Sanitarista, Mestra em Ciências da Nutrição, Doutoranda em Saúde Coletiva, Professora Titular do Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.  
(2) Médica Sanitarista, Mestra e Doutoranda em Saúde Coletiva, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social Preventiva.  
(3) Membro do Grupo de Estudos Transdisciplinar em Saúde Coletiva (GESTO), PUCAMP.

família real portuguesa, no início do século XIX. Houve um súbito aumento populacional e comercial, que apesar de propiciar um crescimento econômico-social colaborou, ainda mais, para a disseminação das doenças, tais como a hepatite, tuberculose, tétano e enfermidades carenciais como a desnutrição, escorbuto e bócio. A assistência à saúde passou a ser supervisionada diretamente pelo poder central, com ênfase nas medidas de vigilância sanitária e baseada em normas e estabelecimentos de controle. Foram criadas, neste período, as primeiras Escolas de Medicina (na época, de cirurgia) da Bahia e do Rio de Janeiro, ambas em 1808<sup>13,16</sup>.

## O BRASIL-IMPÉRIO

Como ocorrido no período anterior, no Brasil-Império não se constata, também, uma real preocupação da administração colonial com as relações entre a saúde e a sociedade onde, apesar do controle sobre o espaço urbano, são tomadas medidas esporádicas, limitadas à normalização dos cemitérios, controle público do abastecimento de água, destinação de lixo e dejetos e controle das doenças “pestilências”. A visível falta de saneamento e o reaparecimento de epidemias, como a da febre amarela, no Rio de Janeiro em 1849, levou à reforma dos Serviços Sanitários do Império, através da criação da Junta de Higiene Pública, dividida em serviços terrestre e marítimo. Uma certa legitimidade da administração foi obtida através da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829, dada a sua influência nas decisões governamentais relacionadas à saúde pública. Outras medidas também foram tomadas, tais como: 1) Obrigatoriedade de vacinação contra a varíola, em 1846; 2) abertura de hospícios para internação dos alienados, a partir de 1852; 3) surgimento, em 1859, dos primeiros registros de mortalidade, referentes à cidade do Rio de Janeiro<sup>10,13,16</sup>.

## A VELHA REPÚBLICA

Com a República, o desenvolvimento do modelo agro-exportador do café e a emergência do trabalho assalariado (migrante em parte) a saúde se inscreve, no país, enquanto questão social. Os serviços de saúde pública são ordenados, surge uma política de saneamento para os centros urbanos de importância sócio-econômica e são introduzidas novas práticas ligadas às descobertas bacteriológicas da época. Com isto, apesar da alta morbidade pelas chamadas doenças de massa: malária, verminoses, doenças de Chagas, tuberculose, tracoma, doenças venéreas, lepra, boubá e desnutrição, constata-se uma redução da mortalidade. Em algumas cidades conseguiu-se também obter o controle da febre amarela e da malária. É nesta época que se evidencia o surgimento do Campanhismo de Normatividade Verticalista, enquanto estratégia do Estado Unitário no modelo agro-exportador, ainda que as raízes do campanhismo já sejam notadas na fase final do Brasil-Império (criação da Junta de Higiene Pública, vacinação anti-variolica e outros). Este período foi frutífero no que tange a criação de novas escolas médicas e dos institutos de pesquisas: Adolfo Lutz em 1892,

Manguinhos em 1899, sob a direção de Oswaldo Cruz, Butantã também em 1899 e Pasteur em 1903, responsáveis pelo desenvolvimento de inúmeras pesquisas relacionadas às doenças “tropicais” e pelas primeiras publicações científicas<sup>10,13,16</sup>.

Apesar da primeira Constituição, de 1891, ter promovido a descentralização das ações de saúde, manteve-se uma certa indefinição, dualidade de poderes e incapacidade dos vários níveis em lidar com a defesa sanitária. A cólera, a febre amarela e a varíola ainda eram uma ameaça, o que levou à realização de programas de vacinação, saneamento e reforma urbana no Rio de Janeiro, que incluía a expulsão dos pobres das áreas centrais da cidade. Estas medidas determinaram o surgimento de intensos protestos por parte de setores da sociedade civil, dentre outros os positivistas, anarquistas, operários, desempregados e alguns militares, que se opunham à vacinação obrigatória, invasão dos domicílios e expulsão dos pobres. Estes protestos foram reprimidos violentamente pela polícia<sup>10,13,16</sup>.

Em São Paulo, criou-se o Serviço Sanitário do Estado em 1891, redigiu-se o primeiro Código Sanitário Estadual e o Hospital de Isolamento passou a funcionar em 1894<sup>10</sup>.

Com a república, a reforma dos serviços de saúde reforçou a participação da União no controle social das doenças, continuando a expansão da assistência médica curativa, além das campanhas preventivas, e não intervindo na separação já evidente entre os serviços/instituições assistenciais (Santas Casas) e as campanhas. A medicalização passa a ser evidente a partir das caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), Lei Eloy Chaves e Instituições de Aposentadorias e Pensões (IAPs) a partir dos anos 30, com a intervenção do Estado Unitário, que proporciona o crescimento da Assistência Médico-Hospitalar não integrado a qualquer outro plano ou atividade de saúde<sup>16</sup>.

## O BRASIL-REPÚBLICA

### Momento Campanhista-Preventivista

Na década de 20, o aumento das doenças de massa, crônico-degenerativas e ocupacionais, conseqüente à crise de exportação do café, urbanização, industrialização e crescente desigualdade social, levou à piora dos níveis de saúde. Neste momento, no qual a sociedade se reestruturava pela emergência de grupos sociais operários e de um empresário industrial, as ações de cunho autoritário, implementadas no período anterior, tornaram-se disfuncionais, surgindo o que se chamou modelo médico-sanitário de saúde pública. Tratava-se de um modelo, baseado no sanitário americano, que instituiu ações individuais e educativas (de inculcação de hábitos) de caráter preventivo, prestadas por centros de saúde, com ênfase na atenção materno-infantil, ao lado das campanhas sanitárias<sup>2,10,16</sup>.

A partir de então, e principalmente no Estado Novo, a Saúde Pública de caráter nacional e centralizado, se organizou enquanto prática permanente e institucionalizada mantendo-se enquanto polo dominante do setor até o final da

década de 40. Em 1934 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, cujo Departamento Nacional de Saúde estruturado neste período passou a ministério em 1953<sup>2</sup>.

A Previdência Social, responsável pela atenção individualizada e curativa, surgiu através de caixas mutualistas ou de previdência, por iniciativa de empregados e empregadores. A partir de 1923, com a Lei Eloy Chaves, o Estado passou a regulamentar as CAPs, que mantiveram, no entanto, caráter privado, organização por empresas, financiamento (3% do salário e 1% da renda bruta da empresa) e gestão pelos próprios empregados e empregadores. Suas ações voltavam-se principalmente para a obtenção de benefícios previdenciários e 8% da receita era destinada à assistência médica. Com a criação dos IAPs na década de 30, ampliou-se a centralização e a intervenção do Estado que passou a participar diretamente da administração, financiamento e arrecadação. Os benefícios foram unificados e expandidos para toda a categoria, sob a lógica do “seguro social” (benefícios proporcionais ao custeio e endereçados só aos contribuintes e seus familiares) e o sistema de arrecadação e contenção de custos possibilitou o que se chamou de “regime de capitalização”: a ampliação das reservas monetárias que visava o afluxo de recursos para setores estratégicos da economia, de incentivo à industrialização, à agricultura e a obras governamentais (Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil, Companhia Hidrelétrica do São Francisco, Fábrica Nacional de Motores e muitas outras). Começaram a surgir hospitais e ambulatórios previdenciários que se destacavam pela modernização tecnológica da Assistência Médico-Hospitalar, pautadas no modelo europeu e depois no americano, selecionando os melhores profissionais, promovendo a sua capacidade e se equipando. Esta rede previdenciária soma-se às Santas Casas de maior porte que foram os primeiros hospitais de ensino. Os hospitais universitários surgiram na seqüência, compondo com as Santas Casas e os previdenciários um sistema hospitalar ainda não hegemônico pelo privatismo lucrativista<sup>2,14</sup>.

Até 64, a tendência foi de centralização das ações da Saúde Pública em nível federal e diminuição significativa de sua participação no Produto Interno Bruto. No correr das décadas de 30 e 40, as instituições de Saúde Pública e as previdenciárias, com origem, lógicas e intervenção Estatal diversas, foram trocando seus papéis tanto em termos financeiros como no volume de ações. Ao final desse período, o gasto com ações médicas, realizadas pela previdência, era mais volumoso do que com a Saúde Pública. Mantiveram-se, no entanto, projetos destinados às populações excluídas, como as unidades da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) para as regiões norte e nordeste e os centros de saúde ligados às Secretarias dos Estados voltados para os focos de maior tensão da população trabalhadora<sup>2,10</sup>.

### Momento Assistencial-Privatista-Lucrativa

Em 1946/47, após a II Guerra Mundial, com a emergência da hegemonia internacional do modelo capitalista americano e a inserção do Brasil em um “neo-terceiro-mundismo” que intensificou desde então a aceleração da industria-

lização e da urbanização, a acentuação da segmentação e da exclusão entre as classes trabalhadoras, ampliaram-se as pressões por gastos sociais e maior participação política. Pelo lado dos serviços de saúde deparava-se com a degradação do quadro sanitário, um modelo ineficaz e inadequado de Saúde Pública verticalista, a emergência da rede privada hospitalar privada lucrativa e a tendência crescente à especialização mercantilizada e à fragmentação da medicina (e seu encarecimento). O modelo previdenciário passa a comprar serviços médico-hospitalares na rede privada, mediante apresentação de faturas. O aprofundamento da crise financeira da Previdência, se manifesta na relação entre despesa total/receita total dos institutos, que se manteve entre 33,5 e 47,1% até a década de 40 (evidenciando uma larga margem para capitalização), passando para 96,1%, crescendo para 102,6% em 1961 e mantendo-se em média acima de 94% entre 1960 e 1966. Surgiram, também, inúmeras manifestações advindas da sociedade, como a insatisfação com a participação limitada dos sindicatos nos IAPs, os “quebra-quebras” dos pacientes que sobravam nas filas dos hospitais e postos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e as greves do funcionalismo. Ao mesmo tempo que se ampliavam as demandas por benefícios e atendimento médico em especial, ampliou-se também o processo de privatização dos serviços previdenciários, baseados predominantemente no atendimento hospitalar. Do orçamento global da previdência, as despesas com assistência médica passaram de 7,3% em 1949 para 29,6% em 1967. Do total de leitos financiados pela previdência, 52,9% (87.539) eram particulares em 1950 e 62,1% (159.845) em 1960. De 1960 para 1967 o atendimento hospitalar ampliou-se nove vezes e o ambulatorial somente dobrou<sup>2,7,14</sup>.

A constituição de um setor saúde claramente capitalizado foi concomitante à entrada do país na etapa monopolista de acumulação capitalista, em decorrência de sua ampla e diversificada estrutura que permitia uma acumulação com taxas maiores do que o restante da economia. Assim, antes da centralização da previdência, ocorrida após 64, a rede assistencial que serviria de base par os contratos e convênios do INPS, estava estruturada. Encontravam-se também estabelecidas as características principais do modelo previdenciário, assistência médica individual curativa hospitalar privatizada, que se expandiria nas décadas de 60-70<sup>2,7</sup>.

A partir da década de 60, a situação de saúde da população piorou em conseqüência do aumento na concentração de renda e do arrocho salarial, decorrentes do golpe militar de 64, do milagre econômico e da implantação de um modelo burocrático, e centralizador e autoritário, que visava a internacionalização e modernização da economia e a exclusão da sociedade civil organizada. Esta política teve repercussões diretas no setor social através do desvio do orçamento, privatização e esvaziamento financeiro dos municípios<sup>7</sup>.

Com a Reforma Administrativa, em 1967, os IAPs foram unificados no INPS, responsável pelo atendimento médico individual a todos os trabalhadores celetistas (ainda excluídos os trabalhadores rurais e os domésticos) e o Ministério da Saúde (MS) passou a ser responsável apenas pela

formulação da Política Nacional de Saúde e execução das atividades sanitárias. Com a centralização, os trabalhadores foram excluídos da gestão da previdência, ampliou-se o processo de privatização pela compra e financiamento de serviços de terceiros, mas manteve-se a mesma base da sustentação financeira da previdência, isto é, a contribuição dos empregados e empregadores sem a participação do Estado.

A Saúde Pública a cargo do MS e das secretarias estaduais também passou por um processo de racionalização necessário à introdução crescente da assistência médica individual na rede, enquanto resposta à política de expansão de cobertura às populações rurais e marginalizadas, acelerada em meados da década de 70 <sup>11</sup>.

### Saúde como direito

Em conseqüência da piora das condições de vida, agravou-se significativamente o estado sanitário da população, demonstrado através do aumento da mortalidade infantil, das doenças crônico-degenerativas e ocupacionais, como também das infecto-contagiosas, recrudescendo a tuberculose e a doença de Chagas e culminando com a epidemia de meningite de São Paulo em 1973/74. Esse quadro sanitário em franca decadência manifestou-se concomitantemente à expansão e generalização da atenção médica, o que acarretou a concentração de críticas, naquele período, sobre a estrutura de serviços. Por toda a sociedade surgiram denúncias ao modelo econômico, concentrador de renda e causador do arrocho salarial e da piora das condições de vida. Na saúde, o processo de denúncia partiu da estrutura de serviços, sua ineficiência (em termos de relação custo/benefício), descoordenação e inadequação (por falta de planejamento), descontrolado dos gastos públicos e falta de capacidade gerencial-administrativa para controlar as contas do setor privado, principalmente do contratado. Num segundo momento, as críticas concentraram-se nas relações entre o sistema de saúde e as condições de vida e a estrutura sócio-econômica. A sistematização destas críticas tiveram como foros principais instituições de saúde pública, os departamentos de medicina preventiva e organizações surgidas da sociedade civil (como o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), de onde partiram também as propostas alternativas de resolução da crise <sup>6,7,11,17</sup>.

Vários autores consideram o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), o momento chave para as políticas sociais, pois retomou-se, pelo discurso oficial, o papel estratégico destas políticas para o projeto desenvolvimentista. Com a crise manifesta, as questões sociais passaram a ser utilizadas pelo Estado como mecanismos de relação com as camadas populares, como forma de redistribuição de renda e de participação popular. Tratavam-se na realidade de concessões econômicas restritas, mas de cunho político-ideológico, que mantinham o caráter repressor e paternalista <sup>2,14</sup>.

A "crise de previdência", identificada como de caráter financeiro, só foi reconhecida pelo governo após 74, quando foram tomadas as primeiras medidas oficiais racionalizadoras e parciais, dentre elas a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); a criação do Con-

selho de Desenvolvimento Social, que constituía uma assessoria interministerial ao MPAS tendo por atribuição principal a formulação de uma Política de Saúde; a implantação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), para o controle financeiro do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); e criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, para financiar os programas e projetos traçados pelo II PND <sup>2</sup>.

Em resposta às tensões sociais e às pressões por demanda de serviços médicos, advindos da população e dos próprios empresários do setor, outras medidas objetiveram a expansão e a facilitação do atendimento 1) ampliaram as modalidades de convênios por pré-pagamento com empresas, universidades e com o setor público de forma mais restrita, que possibilitavam um melhor controle financeiro do que os contratos por unidade de serviço, que já vinham criticados ("os baús"); 2) criaram o Plano de Pronto Ação (PPA), que abria as portas dos hospitais contratados ao atendimento universal de emergência, facilitando o acesso da população a um atendimento curativo individualizado de baixíssima eficácia e qualidade, responsável pelo aprofundamento da crise financeira da previdência <sup>14</sup>.

Em 1975 foi sancionada a Lei do Sistema Nacional de Saúde elaborada por técnicos do MPAS e discutida na V Conferência Nacional da Saúde. Identificava-se o sistema de saúde como ineficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado e propunha-se a definição de papéis para os vários níveis, sem prioridades para o setor público. Enquanto estratégia operacional deste plano foram implantados pelo MS programas voltados para populações carentes como o Programa de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltado para os bolsões de pobreza do Nordeste. Neste contexto, surgiram também os programas de Medicina Comunitária ligados aos departamentos de medicina preventiva, enquanto modelos alternativos de atendimento, que visavam mudanças da prática médica via ensino e tinham por referência a participação da população. Estes projetos foram sendo apropriados pelas municipalidades e pelo Estado num processo de racionalização administrativa e de expansão de cobertura para população marginais <sup>2,7,14</sup>.

O surgimento de propostas alternativas fez parte de um processo mais amplo, quando as tensões sociais tornaram-se visíveis com a eclosão das primeiras greves e reivindicações <sup>7</sup>.

Na saúde, grupos progressistas participantes destas experiências e movimentos, propuseram um novo modelo, tendo como referência a determinação social do processo saúde-doença, como ocorrido em 1979, quando o CEBES apresentou na Câmara Federal o documento "A questão democrática na área da saúde", para a criação do Sistema Único de Saúde. Neste mesmo ano, estes grupos, atuando na VII Conferência Nacional de Saúde, contribuíram decisivamente para o debate democrático e de alto nível técnico, e cujo Relatório Final, ao lado do documento do CEBES, serviu de base para a elaboração do Programa Nacional de



Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) por técnicos do MS e do MPAS, em 1980, onde se propunha a universalização dos cuidados primários a todo o território nacional da integração interinstitucional, simplificação do cuidado, regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária (base na Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde) <sup>1,14</sup>.

Apesar de não ter sido implantado, a discussão deste programa possibilitou a delimitação dos grupos de interesse presentes no setor, entre eles: a Federação Brasileira de Hospitais e Associações Médicas Brasileiras e a tecnoburocracia do MPAS, que representavam a força política dominante na área previdenciária, de ideologia liberal e que propunham a ampliação da privatização, a de empresários da medicina de grupo, que representavam (e representam, principalmente num projeto neoliberal) a expressão máxima da racionalidade do capital, a indústria farmacêutica e de equipamentos, que também apostavam na lógica do privilegiamento do setor privado (apesar de ter um mercado garantido em qualquer situação) e, por último, uma força heterogênea composta por profissionais e estudantes do setor e organizações da sociedade civil ligadas ao movimento popular e sindical, que excluídos oficialmente das decisões, compunham o que se denominou de Movimento Sanitário, em luta por melhores condições de vida, serviços de qualidade e o controle público da saúde. Este movimento de característica contrahegemônica teve sua maior organicidade na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, quando se legitimou a expressão "Reforma Sanitária" <sup>1,14,16</sup>.

O momento de maior visibilidade da crise da previdência se deu após 1981, quando o Ministro do MPAS decretou a falência do sistema em decorrência da conjuntura político-econômica, que apresentava como efeitos: 1) queda da receita decorrente do desemprego e do arrocho salarial, da diminuição da contribuição da união (de 10% em 1970/73 para 3,4% em 1980) e da sonegação por parte das empresas privadas e públicas da dívida com a previdência; 2) mecanismo de "caixa dupla" com os bancos privados e estatais; 3) descapitalização ocorrida no período anterior, devida ao repasse da receita para o setor produtivo; e 4) privilegiamento dos produtores privados de serviços, de equipamentos e de insumo médicos e, principalmente, as fraudes. Como ocorrido em outras conjunturas de crise, o reconhecimento público por meio dos meios de comunicação, centrava-se nos problemas relacionados ao atendimento médico, ficando salvaguardadas as reais explicações, e justificando-se medidas racionalizadoras por parte do governo, como o pacote previdenciário decretado de forma autoritária, que regulamentava o aumento da contribuição dos trabalhadores e criava o Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP), em 1981, órgão do MPAS com representação de sete ministérios, três entidades patronais e duas sindicais. O principal instrumento criado pelo CONASP foi o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, em 1982, que propunha um rol de medidas a serem implantadas estrategicamente de forma gradual, a partir de prioridades que consistiam na extensão do atendi-

mento ao trabalhador rural em igualdade de condições ao trabalhador urbano; na priorização das ações primárias como porta de entrada ao sistema, inclusive com a função de controle do acesso ao setor credenciado; num sistema integrado, regionalizado e hierarquizado das instituições mantidas pelo governo, estimada a capacidade de cobrir 75% das necessidades relativas às consultas ambulatoriais; na administração desburocratizada e descentralizadas; no caráter complementar para a iniciativa privada; no pagamento do setor controlado por procedimentos em substituição à unidade de serviços. Este plano, apesar de incorporar parte das proposições do PREVSAÚDE, e que o tornava mais abrangente que os planos anteriores, inclusive no que se refere à valorização do setor público, ainda apresentava limitações em seu caráter racionalizador, por não tratar dos aspectos financeiros do sistema <sup>12,14</sup>.

Em 1984 foi editado o documento das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o objetivo de orientar a elaboração dos Planos Estaduais de Saúde baseados nos convênios trilaterais (MS/MPAS/Secretarias Estaduais de Saúde) criados pelo CONASP em andamento em 15 estados, e implementar um sistema único, descentralizado, desburocratizado e baseado nas necessidades de saúde da população e sob seu controle. Em 1987, foram estabelecidas as diretrizes do sistema Unificado e Descentralizados de Saúde (SUDS) para a consolidação e desenvolvimento da AIS. Em outubro de 1988, a Constituição Brasileira, em função de amplo e exaustivo debate na Sociedade, e levando em conta os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, contemplava o Sistema Único de Saúde (SUS), que englobava os serviços estatais e privados, com as seguintes diretrizes básicas: universalização, equidade, descentralização, hierarquização, integralidade, direção única, participação e controle popular, resolutividade das ações e dos serviços de saúde e complementaridade do setor privado. As vertentes verticalistas do Campanhismo e da Assistência Médico-Hospitalar Previdenciária privatista, passaram a ter um equacionamento único dentro de uma nova lógica, a do direito de cidadania, explícita nos princípios e diretrizes do SUS. Em agosto de 1990, a Lei Orgânica da Saúde era aprovada pelo Congresso Nacional, sendo sancionada pelo Presidente em setembro do mesmo ano com uma série de vetos, que comprometiam a sua implantação, principalmente nos itens referentes à gestão interinstitucional e controle popular <sup>3,8,9,15</sup>. Estes itens foram, em grande parte, resgatados através das reações das lideranças do movimento da Reforma Sanitária (CEBES, ABRASCO, CONASEMS, CONASS e outras), e consubstanciados na Lei 8.142/90.

Estes planos constituíram-se, essencialmente, num modelo racionalizador alternativo à crise financeira, de eficácia e de legitimidade do setor. No entanto, apesar de suas limitações, ampliou-se a capacidade do Estado de produzir serviços de saúde, introduzir-se a prática do planejamento como instrumento mais eficaz e mais justo do que o da lógica do mercado e possibilitou-se a construção de um contraprojeto aos serviços organizados segundo a ótica liberal <sup>4,5,11</sup>.

Com a criação do SUS, onde se consagra o princípio da

saúde como direito de todos e dever do Estado, a rede de atendimento básico ganhou nova dimensão. Os Centros de Saúde consolidaram seu papel de porta de entrada ao sistema, que deve conter outras estruturas de serviços mais complexos e especializados (nível secundário e terciário), tendo-se a possibilidade de garantir à população um razoável grau de resolutividade. Muitos municípios concentraram esforços no sentido de ampliar a rede básica para garantir a universalização do atendimento. Entretanto, o modelo de medicina neoliberal e a própria prática popular, pelo histórico da falta (em quantidade e qualidade) de serviços públicos, além da fragilidade das autoridades em cumprir a Constituição, comprometem o sucesso deste modelo. Não se tem a necessária organização para se opor às tendências neoliberais que impregnam o setor. Contrata-se também o oferecimento de serviços de baixa qualidade e resolutividade em algumas localidades. É fundamental o estímulo à participação popular nos diferentes níveis de gestão dos serviços de saúde e a garantia do acesso e equidade de serviços públicos de saúde à população, de acordo com sua demanda, em busca do direito de cidadania.

Saúde enquanto direito de todos (e dever do Estado) não passa apenas pela questão legal, instituída na Constituição Brasileira de 1988, mas principalmente pela conquista social no sentido de garantir o cumprimento da lei. A contínua luta dos movimentos populares na busca do direito (de fato) à saúde tem se tornado instrumento eficiente de transformação do instituinte em direitos (de lei) sociais, tendo um importante papel na luta contra-hegemônica.

## SUMMARY

### Health care services organization in Brasil: its development according to sectorial public policies

*A review about health care services organization in Brazil is presented. It is addressed mainly to students of health colleges to understand the evolution of health care services in Brazil and to characterize the currently Unified National Health System. It describes a brief history since discovery and colonization period over the Empire period, Republic State until present, when a Unified National Health System, product of intensive and continuous efforts of progressive social forces, is proposed. This System is based on a political model of services decentralization, universal care and be controlled by the society. Public health care is reviewed while citizenship rights according to the 1988 Constitution.*

**Keywords:** *health policy, health care services - history, public health - history, national health insurance - history, macroplanning.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AROUCA, S. Implementação da Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, Londrina, v.13, n.22, p.49-54, out. 1988.
2. BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981. 226p.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP, 1988. p.36
4. CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.53-60.
5. CORDONI JUNIOR, L. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v.13, n.22, p.38-44, out. 1988.
6. ESCOBEL, S. Revirada na saúde. *Tema*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.5-7, nov. 1988.
7. GARCIA, M.A.A. Atenção primária à saúde: discussão da especificidade das práticas e saberes. Campinas, 1991. 329p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1991.
8. LEI Orgânica da Saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v.15, n.30, p.15-8, dez. 1990.
9. MERHY, E.E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. *Saúde em Debate*, Londrina, v.15, n.30, p.8-9, dez. 1990.
10. \_\_\_\_\_. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papirus, 1985. 116p.
11. \_\_\_\_\_. Brasil pós-64: financiamentos e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.61-112.
12. BRASIL; MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reorientação da Assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. 3.ed. Brasília: MPAS, 1983. 42p.
13. NUNES, E.D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.113-34.
14. OLIVEIRA, J.A., TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1985. 360p.
15. SANTOS, N.R. O SUDS, os vetos e a sanção do projeto. *Saúde em Debate*, Londrina, v.15, n.30, p.5-7, dez. 1990.
16. SINGER, P., CAMPOS, O. OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. 166p.
17. TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. *Saúde em Debate*, Londrina, v.14, n.26, p.42-53, set. 1989.

# Avaliação da terapêutica cirúrgica do pneumotórax espontâneo <sup>1</sup>

José Luíz Braga de Aquino <sup>2</sup>  
 Pedro Ishida <sup>2</sup>  
 José Alfredo dos Reis Neto <sup>3</sup>  
 Pedro Agapio de Aquino Netto <sup>4</sup>

## RESUMO

*Os autores estudaram doze pacientes portadores de pneumotórax espontâneo que foram submetidos à toracotomia com realização de pleurectomia parietal. A indicação da cirurgia foi por pneumotórax recidivante em 7 pacientes (58,3%), por fístula persistente em 3 (25%) e por bolhas no ápice pulmonar em 2 (16,6%). Em nove pacientes (75%), associaram-se outros procedimentos técnicos durante o ato cirúrgico, com base nos achados intra-operatórios. Os resultados mostraram que o índice de complicação foi pequeno e com baixa morbidade, estando presente em dois pacientes (16,6%). Assim, os autores concluíram que a pleurectomia parietal é um método válido, desde que indicado em pacientes bem selecionados.*

**Unitermos:** Toracotomia, pleura parietal - cirurgia, pneumotórax.

## INTRODUÇÃO

Desde a descrição do pneumotórax espontâneo, feito por ITARD em 1803, até nos dias de hoje o tratamento dessa afecção parece ter uma diversidade de conduta, sendo relatado desde o tratamento conservador até a utilização da toracotomia <sup>1,3,4,7,15,16,26,27</sup>.

Entretanto, as observações de HAYASHI <sup>10</sup>, em 1915 e KJAERGAARD <sup>17</sup>, em 1932, mostrando que a grande maioria dos casos de pneumotórax espontâneo decorria da ruptura de bolhas subpleurais, fizeram com que se indicasse, progressivamente, de modo mais adequado e seletivo, a toracotomia, com o objetivo de ressecar essas bolhas ou as peque-

nas vesículas enfisematosas presentes.

Assim, o objetivo deste trabalho foi mostrar a experiência do Departamento de Cirurgia (PUCCAMP) e do Hospital Albert Sabin, de Campinas, na utilização da toracotomia com pleurectomia parietal, como terapêutica, em pacientes portadores de pneumotórax espontâneo, avaliando a evolução a médio e a longo prazo.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante o período de agosto de 1980 - julho de 1991, 85 pacientes com pneumotórax espontâneo foram diagnosticados no Departamento de Cirurgia dos Hospitais Celso PIERRO (PUCCAMP) e Albert Sabin, de Campinas.

A conduta terapêutica foi variável, dependendo da sintomatologia clínica e evolução pregressa de cada paciente. Em 12 deles (14,1%), foi indicada a toracotomia exploradora, constituindo este grupo o objetivo do estudo. Em relação ao sexo, 11 eram do masculino (91,7%) e 1 feminino (8,3%).

(1) Trabalho realizado no Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP

(2) Professor Adjunto do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP

(3) Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP

(4) Ex-Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP "in memoriam".

Em relação à idade, esta foi variável de 18 a 54 anos, com média de 28,3 anos.

Dos pacientes estudados, somente 2 (16,6%) tinham moléstia pulmonar conhecida, sendo 1 portador de doença pulmonar obstrutiva crônica e outros, com seqüela de tuberculose adquirida no passado, mas sem doença ativa na época da cirurgia.

A indicação da toracotomia foi feita em 7 pacientes (58,3%), por pneumotórax recidivante, sendo 4, a recidiva por duas vezes e em 3, por três vezes; em 3, por fístula persistente (25%) mais do que dez dias, mesmo em drenagem sob aspiração; em 2 (16,6), por bolhas no ápice pulmonar visualizado nos raios x de tórax.

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes segundo a indicação da toracotomia.

Indicação da toracotomia	Nº de pacientes	%
Pneumotórox recidivante	7	58,6
Fístula aérea persistente	3	25,0
Bolha apical	2	16,6

O procedimento preconizado foi a toracotomia exploradora pósterio-lateral no quinto ou sexto espaço intercostal, realizando-se em todos os doentes, a pleurectomia parietal. Em 9 deles (75%) associaram-se outras manobras, variáveis de acordo com os achados intra-operacionais: bolhectomia em 4; bolhectomia mais decorticação pulmonar em 3; lobectomia pulmonar superior em 1; decorticação pulmonar em 1.

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes segundo o procedimento cirúrgico.

Procedimento cirúrgico	Nº de pacientes	%
Bolhoctomia - Pleurectomia parietal	4	33,3
Bolhoctomia - Decorticação pulmonar - Pleurectomia parietal	3	2,50
Pleuroctomia parietal	3	25,0
Lobectomia - Pleurectomia parietal	1	8,3
Decorticação pulmonar - pleurectomia parietal	1	8,3

## RESULTADOS

A avaliação precoce, realizada nos 12 pacientes em estudo, mostrou que todos apresentaram boa evolução, havendo complicação de baixa morbidade em apenas 2 deles (16,6%): um, com supuração da ferida cirúrgica, que cedeu ao tratamento conservador, e outro, com pequeno pneumotórax residual na parte superior do hemitórax operado, mas sem nenhuma repercussão clínica, sendo realizado também trata-

mento conservador com boa evolução.

**Tabela 3.** Distribuição dos pacientes segundo a evolução pós-operatória precoce.

	Nº de pacientes	%
Sem complicações	10	83,3
Com complicações	2	16,6
Supuração da ferida cirúrgica	1	
Pneumotórax residual	1	

O tempo de internação desses pacientes foi de 7 a 15 dias, com média de 10,5 dias.

A avaliação, realizada a médio e a longo prazo, em todos os pacientes, com tempo variável de um a dez anos, com média de 4,4 anos, mostrou que todos apresentaram boa evolução, sendo que o paciente que teve o pneumotórax residual, após um ano, o mesmo tinha desaparecido. Todos relataram ter voltado às atividades normais.

## DISCUSSÃO

O fato do pneumotórax espontâneo, na maioria das vezes, em pacientes jovens e com grande reserva pulmonar, faz com que qualquer tipo de terapêutica, que não cirúrgica, possa recuperá-los, desde que a doença se instale pela primeira vez<sup>1,7,9,12,26,27</sup>.

Entretanto, isso não é mais freqüente, já que o pneumotórax tem capacidade de ser iterativo, e quando o paciente apresenta um segundo episódio, as possibilidades de recidiva podem variar de 30 a 50% e, após o terceiro, de até 75%<sup>3,7,13,14,15,23,25</sup>.

Em vista disso, acredita-se que a terapêutica cirúrgica através da toracotomia deve ser indicada já nos pacientes que apresentem um segundo episódio. Dos doentes dessa casuística, em 7 (58,3%), a indicação da toracotomia exploradora foi feita por decorrência da enfermidade, incidência similar a série de outros<sup>2,8,24,27</sup>.

A persistência da fístula aérea, mesmo estando o paciente em drenagem sob aspiração, é outro fator bastante importante para a indicação da toracotomia exploradora, tendo sido indicada, por esta causa, nesse estudo em 3 (25%) dos casos. Esses dados são compatíveis com os de outros, variáveis de 9 a 54,5%<sup>6,11,13,21,24</sup>. Sem dúvida, a presença contínua de ar no espaço pleural, além de comprometer, a curto prazo, a expansibilidade pulmonar, favorece outras complicações, como a infecção e o encarceramento pela iritação da pleura visceral. Isso exige, às vezes, procedimentos adicionais, com a decorticação pulmonar, método esse que precisamos realizar em 4 dos doentes, 3 dos quais apresentavam fístula aérea persistente.

Embora tivesse sido indicada a toracotomia exploradora em apenas 2 (16,6%) pacientes com diagnóstico pré-operatório de bolhas apicais, mesmo tendo episódio inicial de pneumotórax, este achado ocorreu com maior freqüência

durante a exploração cirúrgica, estando presente em mais 5 deles (41,6%), sendo realizado em todos a ressecção das bolhas. Isso vem comprovar, como se verifica também na série de outros autores, a grande relação do pneumotórax espontâneo com a bolha apical subpleural<sup>1,2,6,8,11,12,13,21,22,24,26,27</sup>. Esta relação inadequada dos achados pré e pós-operatórios da bolha apical subpleural se deve à pouca sensibilidade que os raios x de tórax oferecem, geralmente não ultrapassando os 15%<sup>7</sup>.

Nos dias atuais, a melhor evolução clínica que tem sido constatada nos doentes portadores de pneumotórax espontâneo, faz com que a indicação da toracotomia se torne cada vez mais clara. Este procedimento serve não só para a remoção da lesão causadora como também para obliterar o espaço pleural. Entretanto, o método alternativo a ser empregado é que parece ainda ser objeto de controvérsias. Alguns indicam apenas a ressecção das bolhas subpleurais<sup>8,18,21</sup>; outros a pleurodese pela escarificação da pleura parietal associada ou não à instilação de substâncias químicas<sup>11,13,18</sup> e outros empregam somente a pleuroctomia parietal<sup>2,6,9,18,24</sup>.

Este último procedimento parece ser o melhor, desde que lhe seja adicionado outro método, o que foi confirmado nos 10 pacientes (83,3%) que apresentaram recorrência ou saída persistente de ar, e os outros 2 pacientes restantes (16,6%) com diagnóstico de bolha apical subpleural, tendo todos evoluídos bem, o que mostra ser um método de grande validade.

A pleurectomia parietal cria um processo inflamatório proporcionando adesões secundárias do pulmão à fásica endotorácica. Pela forma dessa fibrose, dificilmente poderá haver uma recidiva da enfermidade, constituindo este procedimento tratamento definitivo<sup>2,5,27</sup>. Entretanto, alguns autores têm criticado o emprego da pleurectomia, por acharem que a fibrose cicatricial decorrente determina aderência inelásticas e espessas muito intensas, a ponto de provocar uma restrição funcional pulmonar, com grande redução da capacidade dinâmica do tórax, além de sangramento excessivo e, às vezes, a síndrome de Horner por lesão do gânglio estrelado<sup>4,19,20,25</sup>. Pela boa evolução apresentada pelos pacientes, tendo todos retornados às atividades normais, parece que as complicações citadas são mais teóricas.

Assim, esse procedimento mostrou-se bastante seguro, como também demonstrado por outros<sup>2,9,18,24</sup>. Para diminuir a intensidade do fibrotórax alguns têm preconizado a pleurectomia por via transaxilar<sup>6</sup>.

Embora sua incidência não tenha sido pequena, as complicações foram de baixa morbidade e de fácil resolução, mesmo no paciente que apresentou ar residual por um ano. Esse fato é similar à maioria das séries que utiliza este procedimento com índice de morbidade variável de 4 a 30%<sup>2,9,12,24</sup>.

## CONCLUSÃO

Assim, pode-se concluir que, embora a casuística fosse pequena, a toracotomia com pleurectomia parietal mostrou-se um método bastante eficaz, com baixa morbidade, desde

que indicado a pacientes bem selecionados.

## SUMMARY

### Surgical therapeutic evaluation of spontaneous pneumothorax

Twelve patients with spontaneous pneumothorax had been studied by the authors where they had performed thoracotomy with parietal pleurectomy. The surgical procedure was performed in 7 patients by relapse pneumothorax (58,3%), by persistent pleural leak in 3 patients (25%), and by apical bleb in 2 (16,6%). In 9 (75%) was another technical procedure was made during the surgery, based on intraoperative findings. The authors showed that the rate of complications was little and with low morbidity, present in 2 (16,6%) patients. To sum up, the parietal pleurectomy is adequated ever since used in selected patients.

**Keywords:** thoracotomy, parietal pleura - surgery, pneumothorax.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, R.M., FRANCA NETTO, L. FILOMENO, L.T.B., CURY, N. Conduta no tratamento do pneumotórax espontâneo. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v.100, n.2, p.19-20, 1982.
- ASKEW, A.R. Parietal pleurectomy for recurrent pneumothorax. *British Journal of Surgery*, London, v.63, p.203-205, 1976.
- BOOKS, J.W. Open thoracotomy in the management of spontaneous pneumothorax. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v.177, p.798-805, 1973.
- CLAGETT, O.T. The management of spontaneous pneumothorax. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, St. Louis, v.55, p.761-762, 1968.
- CLARK, T.A., HUTCHISON, D.E., DEANER, R.M., FITCHETT, V.H. Spontaneous pneumothorax. *American Journal of Surgery*, Newton, v.124, p.728-731, 1972.
- DESLAURIERS, J., BEAULIEU, M., DESPRÉS, J.P. Transaxillary pleurectomy for treatment of spontaneous pneumothorax. *Annals of Thoracic Surgery*, New York, v.30, p. 569-574, 1980.
- DE VRIES, W.C., WOLF, W.G. Treatment of spontaneous pneumothorax and emphysematous bullae. *Surgical Clinics of North America*, Philadelphia, v.4, p.849-864, 1980.
- FERGUSON, L.J., IMRIE, C.W., HUTCHISON, J. Excision of bullae without pleurectomy in patients with spontaneous pneumothorax. *British Journal of Surgery*, London, v.68, p.214-216, 1981.
- GAENSLER, E.A. Parietal pleurectomy for recurrent spontaneous pneumothorax. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, v.102, p.293-308, 1956.
- GOBEL, W.G., RHEA JUNIOR, W.G., NELSON, I.A., DANIEL, R.A. Spontaneous pneumothorax. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, St. Louis,

- v.46, p.331-345, 1963.
11. GRANKE, K., FISCHER, C.R. GAGO, O. et al. The efficacy and timing of operative intervention for spontaneous pneumothorax. *Annals of Thoracic Surgery*, New York, v. 42, p.540-542, 1986.
  12. HAGEN, R. F., REED, W., SOLHEIM, K. Spontaneous pneumothorax. *Scandinavian Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, Stockholm, v. 21, p.183-185, 1987.
  13. HANSEN, A.K., NIELSEN, P.H., MOLLER, N.G., HENNEBERG, E.W Operative pleurodesis in spontaneous pneumothorax. *Scandinavian Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, Stockholm, v. 23, p. 279-281, 1989.
  14. HINTON, A.A, SANDLER, M.R., SHAFF, M.I. et al. Pulmonary nodules an spontaneous pneumathorax in an adolescent famale. *Investigative Radiology*, Philadelphia, v. 19, p. 479-483, 1984.
  15. HYDE, L. Bening spontaneous pneumothorax. *Annals of Thoracic Surgery*, New York, v. 2, p. 746, 1962.
  16. JONES, J.S A place of aspiration in treatment of spontaneous pneumothorax. *Thorax*, v. 20, p. 66-67, 1985.
  17. KJAERGAARD, H. Spontaneous pneumothorax in the apparently healthy. *Acta Medica Scandinavian*, v. 43, p. 1-159, 1932.
  18. MAYO, P. Spontaneous pneumothorax: a 28 year review. *Jornal Kentucky Medical Association*, Louisville, v. 82, n. 18, p. 369-373, 1984.
  19. \_\_\_\_\_, SAHA, S.P., MCCELVEIN, R.B. Spontaneous pneumothorax under anesthesia. *Acta Journal Medical of Science*, v.20, p. 84-85, 1983.
  20. MILLS, M., BAICH, B.F. Spontaneous pneumothorax: a series of 400 cases. *Annals of Thoracic Surgery*, New York, v. 1, p. 286-297, 1968.
  21. NEAL, J.F., VARGAS, G., SMITH, D.E. et al. Bilateral bled excision thourough median sternotomy. *American of Surgeon*, Philadelphia, v. 138, p. 794-797, 1979.
  22. O'ROURKE, J.P., YEE, E.S. Civilian spontaneous pneumothorax: treatment options and long-term results. *Chest*, Park Ridge, Il, v. 96, p. 1303-1306, 1989.
  23. SEREMETIS, M.G. The managements of spontaneous pneumothorax. *Chest*, Park Ridge, Il, v. 57, p. 65-68, 1970.
  24. SIGH, S.V. Current of parietal pleurectomy in recurrent pneumothorax. *Scandinavian Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, Stockolm, v. 13, p.93-96, 1979.
  25. TIMMIS, H.H., VIRGILIO, R. McCLENATHAN, J.E. Spontaneous penumothorax. *American Journal of Surgery*, Newton, v. 110, p.929-934, 1965.
  26. \_\_\_\_\_. (ed). *Cirurgia Torácica*, São Paulo: Panamed, 1983. p. 219-249.
  27. XIMENES NETO, M., SILVA, R. O. Pneumotorax espontâneo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, São Paulo, v.5, p. 18-21, 1978.

## *Coloproctologia: estórias da história*

Flávio Antonio Quilici<sup>1</sup>

O Ser humano, como o conhecemos, tem aproximadamente 600000 anos de vida, 6000 de história e 200 de desenvolvimento científico.

A Medicina, no entanto, inicia-se com a própria origem da criatura humana e a Coloproctologia, que como especialidade médica poderia-nos parecer recente, tem na realidade, uma história documentada de 5000 anos, incluindo uma série de técnicas operatórias e vários instrumentos cirúrgicos desenvolvidos por povos da antiguidade.

Essa história começa cerca de 3000 anos a.C. no Egito, sendo desta época, o médico e dentista mais antigo que se tem notícia, **Hesy-Ra** (Figura 1), de acordo com o documento científico, o papiro de Edwin Smith, encontrado em Luxor, em 1862, e exposto na Sociedade Histórica de Nova York<sup>2, 10</sup>.



Figura 1. Hesy-Ra, do Egito, o médico mais antigo que se tem notícia, viveu há 3.000 a.C.

Nos escritos da **coluna de Isi**, de 2750 anos a.C., a medicina egípcia também, mostrava-se bastante adiantada com a utilização de opiácios para a sedação cirúrgica e com certa especialização, tratando de áreas médicas distintas. Nesta época havia o médico para as doenças anais do Faraó, que se apresentava com o título de “**Guardião do ânus do Faraó**”<sup>1</sup>. A Medicina era tida como de origem divina e seu deus era **TOT** que, segundo a lenda, transformou-se no pássaro **IBIS** para, introduzindo seu bico cheio de água no ânus de um médico que se banhava no rio Nilo, ensina-lo os benefícios dos enemas retais<sup>2</sup>.

Há 1500 anos a.C, segundo o papiro egípcio achado em Tebas, e estudado por Georg Ebers em 1872 e que se encontra na Universidade de Leipzig, Alemanha, há receitas para o tratamento de hemorróidas, diarreia, vômitos, além de ervas farmacológicas com efeito purgativo e emético<sup>1,2,8</sup>.

No ano de 1300 a.C., há a primeira publicação conhecida somente sobre assuntos proctológicos, o papiro de Chester Beatty, escrito pelo primeiro proctologista que se tem notícia, o médico **IRI** da XIX dinastia egípcia, exposto no Museu Britânico, em Londres<sup>1,2,8</sup>.

Vem da Mesopotâmia, a primeira tabela de honorários proctológicos: o sexto rei da 1ª dinastia Amorita, **HAMMURABI** da Babilônia, no ano de 1793 a.C., estabelece um código de leis, encontrado em Susa em 1901 (Figura 2), e exposto no Museu de Louvre, em Paris, com 282 artigos incluindo a especificação de honorários médicos: “Se um doente for curado de uma enfermidade intestinal, o enfermo dará ao doutor, 5 moedas de prata”. Esse achado, evidencia a importância dessas enfermidades na antiguidade<sup>1,2,5,8</sup>.

Na Índia, cerca de 1000 anos a.C., há no livro de **SUSHRUTA**, que segundo historiadores, tratava-se de um cirurgião lendário, as “**Leis de MANU**” (que significa na mitologia hindu: o primeiro homem do Universo), com referências também, ao tratamento das hemorróidas denominadas de “**ARSA**”, dos abscessos e fístulas perianais, do prolapso e tumores retais. A deusa para a Medicina, na Índia antiga, era chamada de **SHIVA**<sup>1,2,5</sup>.

(1) Professor Titular da Disciplina de Proctologia do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.



Figura 2. Código de HAMMURABI, Rei da Babilônia, em torno de 2000 a.C.

No **Velho Testamento**, existem várias passagens abordando as doenças anorretais, como no capítulo 5, versículo 6, do livro de SAMUEL, onde há a passagem: “A ira de Deus cairá na forma de hemorróidas contra os Filisteus, por roubarem a Arca da Aliança”.

E deste mesmo período, o código judeu de **TALMUDE**, que é a interpretação autêntica do **TORAH**, com 613 mandamentos abordando assuntos civis, penais e religiosos. Nele, encontramos também, referências sobre a operações das fístulas anais, a pederastia e os cuidados rigorosos em relação a higiene para com o material fecal <sup>8</sup>.

Na época Greco-romana, século IV a.C., o deus da Medicina, filho de Apolo, era chamado pelos gregos de **ESCULÁPIO**, e de **ASCLEPIO**, pelos romanos.

Viveu nestes anos, o célebre médico grego, **HIPÓCRATES**, considerado “o Pai da Medicina”, nascido no ano de 460 a.C., na ilha de COS, aonde foi discípulo de Heródico de Selimbria e que iniciou a valorização da cirurgia como a “a arte da cura pelas mãos” (Figura 3) <sup>10</sup>. Seu juramento é um compromisso a Medicina, sendo conhecido e respeitado até hoje por todos os médicos. Dois de seus filhos, Tesolo e Dracon, compilaram seus trabalhos em compêndios denominados de “**CORPUS HIPPOCRATICUM PERI SYRIGON**” com mais de 70 volumes, que muitos historiadores julgam conter também, estudos de vários de seus discípulos e sucessores <sup>1,2,3,4,5,7,8,10</sup>.

Nestes compêndios, ensina-se que as hemorróidas eram necessárias ao organismo e sua presença deveria ser respei-

tada. Seu tratamento era realizado somente através da destruição dos mamilos hemorrágicos, com o cuidado de preservar-se pelo menos um deles. Ensinava essa destruição, por meio de cáusticos, ou excisão e ligadura, ou mesmo por cauterização com “ferro em brasa”. Quanto as fístulas perianais, orientava seu modo de exploração, a medida de sua extensão e seu tratamento, por cauterização ou com adstringentes <sup>10</sup>. A procidência retal, recomendava tratamento conservador com reintrodução e fixação de bandagem em “T”. Ele, pela primeira vez aborda o uso de um espéculo para o exame retal: “descansando o paciente sobre seu dorso, examina-se a parte ulcerada do intestino, por meio do espéculo retal” <sup>1,2,8</sup>. Também evidencia a importância do esvaziamento intestinal por meio de lavagens, no tratamento dos ferimentos abdominais <sup>10</sup>.

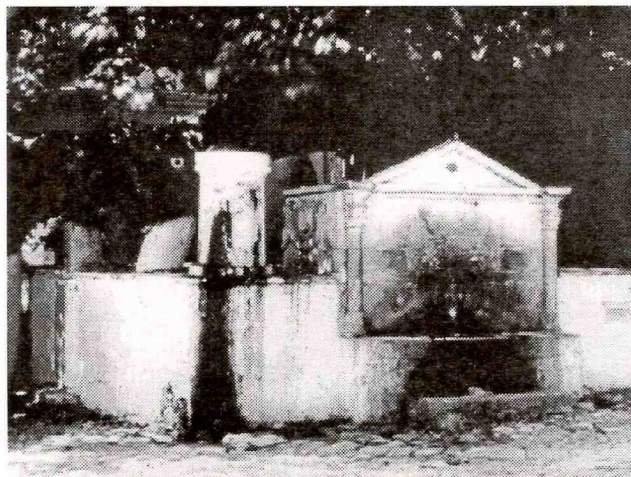


Figura 3. Local onde Hipócrates ministrou seus ensinamentos a muitos discípulos, na ilha grega de COS.

Hipócrates exerceu a medicina no norte da Grécia, região da Tessália e faleceu e foi enterrado em Larissa, no ano de 377 a.C. <sup>2</sup>.

É desta época a primeira escola médica conhecida no mundo, a da cidade de Alexandria, ao norte do Egito, sendo o ensino ministrado por meio dos livros denominados “**TRATADOS MÉDICOS**”, sendo um dos seus principais professores, o cirurgião turco **HEROPHILUS**. A biblioteca de Alexandria, é considerada uma das sete maravilhas do mundo antigo, contando com mais de 700000 obras <sup>2</sup>.

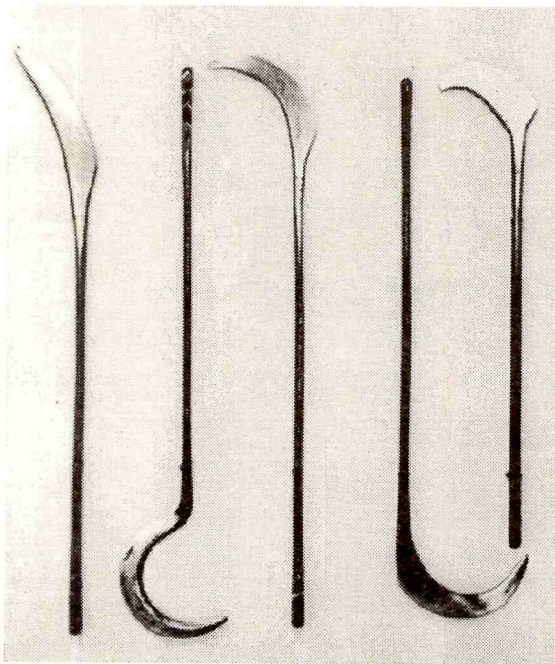
No período em que viveu Cristo, já havia na cidade de Pompéia, ao sul da Itália, a “Casa dos Cirurgiões”, descoberta nas escavações de 1819 e aonde foram encontrados instrumentos cirúrgicos de ferro e bronze, havendo inclusive um espéculo para exame retal chamado de catoptro. É desta época que Aulus Cornelius **CELSUS** (30 a.C. a 38 d.C.), médico de Tibério, imperador romano, em sua principal obra “**De Arte Médica**”, reafirma serem as hemorróidas úteis para a purificação do organismo e descreve o tratamento das fístulas perianais com abertura feita com bisturi, associado a aplicação de um tubo endorretal para evitar aderência e estenoses <sup>1,2,3,5,8</sup>. Descreve também, o quadro clínico da apendicite



agudo como a “doença do lado direito do abdome”.

No segundo século, no ano de 165 a.C., outro importante médico grego, Claudio **GALENO** de Pergamo, descreveu em seu livros “AS EPIDEMIAS”, vários tópicos proctológicos, sendo os principais: a descrição dos músculos anais; o tratamento das hemorroidas por meio de sangria no braço, para deter o fluxo hemorrágico; e relata o uso de um bisturi específico para as cirurgias das fístulas perianais (Figura 4), com formato de meia-lua e com ponta longa e flexível, que chamou de “syringotomo”<sup>1,5,8</sup>.

Nos séculos II e III d.C., sobressaem-se na escola de ALEXANDRIA, os médicos árabes com várias técnicas descritas para cirurgias proctológicas. Um deles, **ABUL-KASIM** indicava a cauterização do trajeto fistuloso com “ferro em brasa” sobre uma sonda acanelada para o tratamento das fistulas<sup>1,2,5,8</sup>.



**Figura 4.** Os "Syringotomos", bisturis específicos para as cirurgias das fístulas perianais, com formato de meia-lua e ponta longa e flexível, idealizado por Galene (165 d.C.)

No século VI, Paulus Aegineta, conhecido com **AÉCIO** de Constantinopla, apresenta um manuscrito que se encontra no Museu Britânico, aonde descreve uma técnica operatória (Figura 5) para doença hemorroidária, com o paciente em posição genupeitoral e tração dos mamilos com gancho para sua exposição e incisão circular com bisturi de lâmina ampla<sup>1,8</sup>.

É desta época, 600 anos d.C., a história de São Fiacro (Figura 6), tido como o padroeiro dos jardineiros e talvez dos proctologistas. Em 610, foi o primogênito de Eugênio IV, Rei da Escócia. Decidiu-se pelo sacerdócio seguindo para a França onde construiu uma capela na região de Brie, próxima a Paris. Lá, adquiriu a fama de benfeitor dos pobres e

doentes, além de obter flores e frutos esplêndidos que cultivava em seu jardim. Tais fatos, atraíram a inveja do arcebispo local que o castiga, obrigando-o a ficar orando, sentado sobre uma pedra, até sua morte. Essa pedra, segundo a lenda, adquiriu o formato das suas nádegas e passa a ser milagrosa.



**Figura 5.** Técnica operatória para doença hemorroidária, com o paciente em posição genupeitoral e tração com exposição dos mamilos com gancho e incisão com bisturi de lâmina ampla, esquematizada por Aécio de Constantinopla, século VI.



**Figura 6.** São Fiacro, cerca de 600 d.C., tido como padroeiro dos proctologistas.

São Fiacro faleceu em 30 de agosto de 670 e foi enterrado em sua capela, começando daí uma série de peregrinações a esse local, principalmente de pessoas com doenças anorretais, pois segundo a lenda, quem sentasse na sua pedra, obtinha a cura das hemorroidas<sup>8,9</sup>.

Na Idade Média, entre os anos 1000 e 1400 d.C. o nome hemorróidas tornou-se deselegante, passando a doença a ser denominada de “Mal de São Fiacro”. Nesse período, o empalamento é utilizado como forma de tortura e execução. A dissecação de cadáver (autópsia) é tida como profanação e bruxaria, sendo proibida e castigada com a morte. Mas é também desta época, o início das construções de hospitais e asilos como obras de solidariedade humana <sup>8</sup>.

É dessa época, o famoso médico muçulmano **AVICENA** (Abu Ali al-Husayn ibn Abdullah ibn Sina), nascido em Afshanah, Pérsia, em 980 e falecido de um tumor intestinal, em Hamadhan, no ano de 1037. Ensinou e clinicou no hospital de Isapahan e descreveu em seu livro, Canon da Medicina, a técnica cirúrgica a qual denominou de “Anodação da fístula perianal”, que se caracterizava pela passagem de fio de linho, seda ou crina de cavalo torcida, pelo trajeto fistuloso e com a sua anodação, provocava o corte pela necrose e assim obtinha a cura da fístula, método até hoje empregado para alguns casos da afecção <sup>1,2,5,8</sup>.

Surgem as grandes universidades medievais onde passa a ser ministrado o ensino da arte da Medicina. Foi Frederico II, Rei da Itália, que em 1224, decreta a diferenciação entre os cirurgiões formados nessas universidades, dos chamados “barbeiros cirurgiões” que faziam seu aprendizado diretamente com outros cirurgiões e que não eram aceitos como verdadeiros médicos <sup>2,3,4</sup>.

Nesse período medieval, em 1306 d.C., nasce em Newark, Nottingham, **JOHN ARDERNE**, que tornou-se, durante a “Guerra dos 100 anos” entre a Inglaterra e a França, um grande cirurgião militar inglês. Em 1349, ele publica, em latim, sua obra denominada “**PRÁCTICA MAGISTRI JOHANNIS DE ARDERNE**”, toda sobre assuntos anorretais e sendo considerado o primeiro proctologista deste milênio <sup>10</sup>. Nela diferencia trombose hemorroidária de coágulos perianais e como opera-los. Para as fístulas perianais, utiliza a cauterização do trajeto ou a técnica da “Anodação do trajeto fistuloso”. Fez também, uma excelente descrição do câncer retal, nesta época chamado de bubo. Ele é retratado, numa pintura existente no Museu Britânico, realizando um exame proctológico (Figura 7): com o indicador de mão direita, faz o toque retal e com a esquerda, mantém um instrumento para a exploração da fístula periana <sup>1,2,5,7</sup>.

No entanto, apesar destes estudos, ironicamente em 1422, o Rei Henrique V da Inglaterra, morre em Vincennes, França, aos 35 anos, por infecção de uma fístula periana não curada <sup>8</sup>.

Começa o século XVI (1500 d.C.), época do renascimento das artes e das ciências. Nesse período, as hemorróidas com hemorragias, passam a ter indicação absoluta de cirurgia devido a anemia que acarretavam. Também são publicados importantes estudos da anatomia anorretal, realizados novamente através de dissecações de cadáveres e as operações tem um grande avanço por proeminentes cirurgiões do renascimento: na França, com **AMBROISE PARÉ** (1510-1590), considerado o “pai da Medicina moderna”; na Itália com **HIERONYNIUS FABRISIUS DE AQUAPEN- DENTE** (1533-1620); na Inglaterra com **WILLIAN CLOW-**

**ES** (1540-1604); na Suíça com **PHILIPPUS AUREOLUS THEOPHRASTUS BOMBASTUS VON HOHENHEIM**, conhecido como **PARACELSO** (1493-1541) e na Bélgica com **ANDREIES VAN WESEL**, chamado de **VESALIO** (1514-1564) <sup>2,7,10</sup>.



**Figura 7.** Realização de exame proctológico por John Arderne (1349 d.C.): com o indicador da mão direita, faz o toque retal e com a esquerda, mantém um instrumento para a exploração de fístula perianal.

No século XVII, o anatomista e patologista italiano, **GIOVANNI BATTISTA MORGAGNI** (1682-1771), publica que as hemorróidas não existiam nos animais e caracterizou a sua etiologia à posição vertical do homem, associado a ausência das vulvas venosas na circulação retal e a predisposição hereditária, no livro “As localizações e causas das doenças” de 1761, na Universidade de Bolonha <sup>2,10</sup>.

Nos séculos XVII e XVIII, é amplamente difundida a “teoria da auto-intoxicação” pelas fezes e portanto o uso rotineiro de laxativos e enemas (Figura 8), para limpeza das impurezas orgânicas <sup>5,7</sup>.

Do Século XVII, encontra-se, na Biblioteca Nacional de Paris, uma interessante publicação do médico real **D'AQUIN**, o “**JORNAL DA SAÚDE DO REI LOUIS XVI**”. O Rei Sol, como era chamado, sofreu de uma fístula anal durante 10 anos, tendo sido tratado com purgantes, cáusticos locais e cauterizações, sem qualquer melhora. Assim, o primeiro cirurgião real, **FELIX DE TASSY** e seu auxiliar **BESSIERES**, após 1 ano de treinamento com variadas técnicas operatórias realizadas nos mendigos de Paris, operaram o Rei Luis XIV, optando por um siringotomo (bisturi para fístulas), em cuja extremidade prolongava-se um estilete para guiar a incisão do canal anal. A operação aconte-

ceu no Palácio de Versalles, no salão Olho de Boi, em 18 de Novembro de 1686. Já curado, o Rei passeia nos jardins de Versalles em 15 de Janeiro de 1687. Nessa ocasião, passa a ser elegante na corte, ter doenças anais. O cirurgião Felix, é alvo de inveja geral, devido principalmente a grande recompensa em dinheiro e terras que recebeu de sua majestade<sup>1,8</sup>.



Figura 8. Realização de enema retal no século XVII.

Não são somente as fístulas que tem estórias na Proctologia, mas também as hemorroidas. Grandes figuras da humanidade, foram acometidas pela enfermidade: o imperador romano TIBERIO, o educador anglicano LUTERO e o cardeal francês RICHELIEU. O Czar PEDRO III, Imperador da Rússia, morreu em 05 de Janeiro de 1762, em São Petersburgo, de hemorragia no pós-operatório de uma cirurgia hemorroidária<sup>1</sup>.

Porém o fato mais polêmico, diz respeito a batalha de Waterloo, em 18 de Janeiro de 1815, aonde Napoleão Bonaparte, o Grande Imperador da França, teve ou não, uma crise hemorroidária que o impediu de montar seu cavalo e desta forma, perdeu horas importantes para realizar sua estratégia militar, ou se, na verdade, foram as chuvas que impossibilitaram o posicionamento dos canhões, provocando sua derrota para o Duque de Wellington<sup>1</sup>.

É no século passado que se inicia a Medicina Moderna. GUILLAUME DUPUYTREN (1777-1835), professor de cirurgia da Faculdade de Medicina de Paris, publica entre outros, os livros "Doenças do Reto e Outras Complicações Cirúrgicas" e "Enterotomia para o Fechamento da Fístula Fecal", ambos de grande repercussão. É deste período o importante cirurgião geral e ginecologista norte-americano, JAMES MARION SIMS (1813-1883), que contribuiu na área proctológica com vários instrumentos, entre os quais um espéculo anal e uma posição lateralizada para exames,

que perpetuaram o seu nome.

A cirurgia alcança grande avanço e com ela a proctológica. Até então, a duração da operação era fundamental, uma vez que não havia anestesia geral, mas somente a sedação do paciente, e a rapidez era a característica mais importante dos grandes cirurgiões. Foi um dentista de Connecticut, HORACE WELLS (1815-1846), que introduziu a anestesia geral, juntamente com WILLIAM T. G. MORTON (1819-1868), com óxido nitroso, nas intervenções cirúrgicas, sendo a primeira operação da história, sob anestesia, realizada por John Warren, em 16 de Outubro de 1846, no Hospital Geral de Massachusetts, Boston (EUA)<sup>2,5,7,10</sup>.

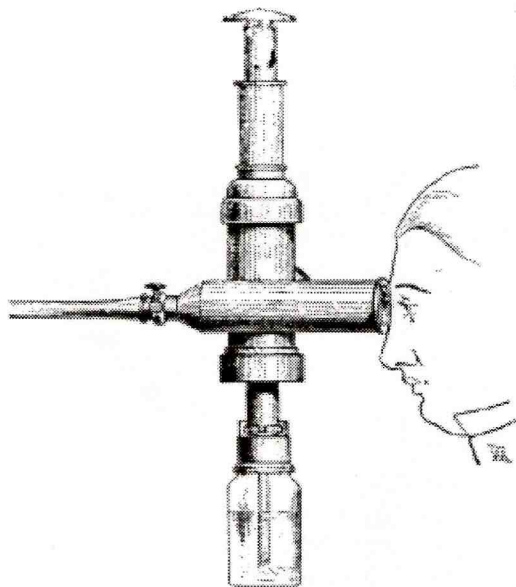
Outro conceito fundamental para a cirurgia, incluindo as coloproctológicas, foi o da assepsia nas operações, iniciada com a publicação de um livro "Da Etiologia e Profilaxia da Febre Puerperal", em 1861, por um obstetra húngaro, IGAC FULOP SEMMELWEIS (1818-1865). Trabalhando em Viena, ele identificou que a causa frequente de morte em gestantes, pela febre puerperal, era devido a contaminação pelas próprias mãos dos parteiros, que examinavam as parturientes sem as lavar e desta forma disseminavam a doença. Foi o primeiro a reconhecer o caráter infecciosos e transmissível da febre puerperal, preconizando a lavagem das mãos e instrumentos dos obstetras. Seu trabalho foi completamente desacreditado e ele, desgostoso, abandonou a Medicina, morrendo aos 46 anos em 1865, com infecção generalizada provocada prepositalmente segundo alguns, historiadores, se auto-infectando pelas bactérias da febre puerperal<sup>2,5,7,10</sup>.

Pouco tempo após, JOSEPH LISTER (1827-1912), de Glasgow, em 1867, publica no LANCET sua experiência com assepsia anti-microbiana e sua importância para combater as infecções. Lister achou que havia germens nocivos no ar, causando supuração das feridas. Usou ácido fênico nos materiais, gases, fios e curativos, criando a antisepsia. A mortalidade caiu de 60% para 15% nos pacientes operados. Estes conceitos são melhores recebidos e perduram até hoje, juntamente com os de LOUIS PASTEUR (1822-1895), que descobriu o micróbio e em 30 de Abril de 1878 anunciou a "Teoria dos Germens"<sup>2,5,7,10</sup>.

Em Dublin, Escócia, um cirurgião, John HOUSTON, publica em 1830, um estudo da anatomia retal, muito importante e devido ao qual, as válvulas retais levam seu nome até hoje.

Na França, em 1865, ANTONIN J. DESORMEAUX cria o primeiro retossigmoidoscópio (Figura 9) com tubo metálico e iluminação própria para examinar o intestino<sup>1</sup>.

Contribuiu para o diagnóstico das doenças colorretais, o desenvolvimento da radiologia, descoberta pelo físico alemão WILHEM KONRAD ROENTGEN, em 22 de Dezembro de 1895. Outro avanço, já no nosso século, foi o uso dos antibióticos no combate às infecções operatórias, iniciado com a descoberta da ação antibacteriana do fungo penicililim por ALEXANDER FLEMING (1881-1955), em 1919. Importante também foram o desenvolvimento da endoscopia dos cólons por fibroscópios flexíveis e a sutura mecânica para as anastomoses no reto, na década de setenta<sup>2,5,7,10</sup>.



**Figura 9.** Esquema do primeiro retossigmoidoscópio com tubo metálico e iluminação própria idealizado por Desormaux, em 1865.

Na Inglaterra, cirurgião proctológico **FREDERICK SALMON**, fundou em 1835, a primeira instituição especializada somente em doenças anorretais com o nome de Hospital São Marcos (Figura 10). Inicialmente localizado na Aldergate Street, nº 11 possuía 7 leitos; 3 anos após, mudou-se para a Charter House Square 38, com 14 leitos, aonde permaneceu por mais de 13 anos; finalmente, fixou-se na City Road aonde encontra-se até hoje.

Salmon aí trabalhou até 1859, tendo realizado mais de 3500 operações proctológicas. No Hospital São Marcos, trabalharam grandes nomes da proctologia: Gabriel, Lockhart-Mummery, Lloyd-Davis, Dukes, Milligan, Morgan, Morson, Goligher, Parks, Toddt. Lá estagiaram também, importantes proctologistas de todo o mundo<sup>1</sup>.

No início deste século, centros médicos especializados em Coloproctologia, são criados em todo mundo. Em especial, no ano de 1916, nos E.U.A., o cirurgião **LOIUSA.BUIE**, funda o departamento de Coloproctologia na Mayo Clinic, em Rochester, e na França, em 1919, **RAUL BENSUAUDE**, cria um centro especializado no Hospital Saint Antonie, em Paris, onde começa a tratar as hemorróidas internas, por meio de injeções esclerosantes<sup>1,8</sup>.

A Coloproctologia brasileira, tem como pioneiro, em 1914, o médico pernambucano **RAUL PITANGA SANTOS**, clinicando no Rio de Janeiro. A Sociedade Brasileira de Coloproctologia é fundada em 12 de Setembro de 1934, no Rio de Janeiro, na presença de vinte médicos, entre os quais Leão de Aguiar, Bueno Brandão e Pinto Rocha. Em 30 de Outubro de 1945, é eleito, na Bahia, seu primeiro presidente, o médico **SILVIO D'AVILA**, a partir de então, esta sociedade passa a contribuir no desenvolvimento, aprimoramento e

divulgação da Coloproctologia no Brasil.

Em todo esses passeio por 5000 anos de histórias e estórias da Coloproctologia, permanecem atuais e válidas as palavras proferidas no século IV a.C., pelo filósofo grego **ARISTOTELES**: “Ontem como hoje, hoje como amanhã, é sempre resultado de um esforço presente na história da humanidade: o esforço pelo conhecimento que define e diferencia a criatura humana”<sup>1</sup>.



**Figura 10.** Hospital São Marcos, Londres, a primeira instituição especializada em doenças anorretais, fundadas por Frederick Salmon, em 1835.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBOR, G.F. História sucinta de la proctologia. In: LENTINI, J. Temas de coloproctologia. Barcelona: Fontalba, 1982. p.12-38.
2. ENTRALGO, L. História universal de la medicina. Madrid: Salvat, 1976. v.1-6.
3. GRANDES personagens da historia universal. Milão: Mondadori, 1972. v.1-5.
4. HISTÓRIA em revista. Rio de Janeiro: Time-Life, 1993. v.3,8.
5. INGLIS, B. A history of medicine. New York: World, 1965.
6. LAROUSSE cultural. São Paulo: Universo, 1988. v.8
7. LEÃO, P.H.S. Hemorróidas: fatos e ficções. Fortaleza: UFC, 1988. p.20-22,105-107.
8. LYONS, A.S, PETRUCCELLI, R.J. Medicine: an illustrated history. New York: Harry N. Abrams, 1987.
9. RAFFO, J.M. Proctologia. Buenos Aires: Ateneo, 1940.
10. ZIMMERMAN, L.M., VEITH, I. Great ideas in the history of surgery. New York, 1967.

# *Terapia ocupacional: qualidade de ensino e vida universitária, segundo percepção de seus concluintes de graduação*<sup>1</sup>

Paulo de Freitas Guimarães<sup>2</sup>

## RESUMO

*O presente trabalho é parte de monografia desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCCAMP. Redigido sob a forma de resumo, tem objeto de estudo o Curso de Terapia Ocupacional da PUCCAMP. Pretende-se através de sua divulgação, contribuir para o aprimoramento do mesmo e concomitantemente acrescentar novos dados ao processo de reflexão sobre o Projeto Pedagógico da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.*

*Unitermos: terapia ocupacional, ensino, universidades, avaliação, evasão escolar.*

## INTRODUÇÃO

O Terapeuta Ocupacional é o profissional que propõe, como forma particular de interação o desenvolvimento da pessoa, no universo do trabalho humano com seu potencial de transformação.

Por meio de uma interação com o ambiente (objetivo e subjetivo) intencional, sensível, criativa e dinâmica, a Terapia Ocupacional propõe que a qualidade de vida da clientela seja percebida, problematizada e transformada<sup>8,9</sup>.

Atualmente a Terapia Ocupacional, no Brasil, passa por grandes modificações, com um sensível incremento na capacitação docente (principalmente no Estado de São Paulo) através do aumento do número de programas de especialização e pós-graduação que contam com a participação crescente de terapeutas ocupacionais<sup>40</sup>.

No entanto, paradoxalmente, a observação mostra uma acentuada queda na procura de vagas para o Curso de Terapia Ocupacional não só na PUCCAMP como em outras Universidades<sup>6</sup>. Deve-se destacar também que na PUCCAMP ocorre

uma evasão maciça destes estudantes nos dois primeiros anos do curso<sup>5</sup>.

Acredita-se que analisando os dados coletados junto aos concluintes deste curso pode-se levantar questionamentos relevantes e provavelmente algumas conclusões de interesse produtivo à Unidade e portanto à Universidade. Os referidos dados, levantados em fins de 1992, constituem parte de um trabalho mais amplo que tem por título **“DO PROJETO PEDAGÓGICO À IDENTIDADE SOCIAL: O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA PUCCAMP (1971 a 1991)**.

Esse projeto é coordenado por professores do Programa de Mestrado em Educação da PUCCAMP, que concentram sua investigação na qualidade de ensino que vem sendo oferecida à Universidade. Dessa forma pretende-se elaborar um diagnóstico a esse respeito, assim como, oferecer alternativas para que se possa melhorar as condições ofertadas aos estudantes.

Um questionário constituído por questões abertas e fechadas foi elaborado e respondido por mais de 50% dos concluintes de cada um dos Cursos da PUCCAMP em 1992. Desse material resultaram subprojetos direcionados a diferentes cursos de acordo com suas características e particularidades como o de Terapia Ocupacional (TO).

(1) Trabalho apresentado à Disciplina de Metodologia do Ensino Superior do Curso de Pós Graduação da PUCCAMP sob orientação do Prof. Dr. Newton César Balzan.

(2) Professor Titular da Disciplina de Patologia do ICB - PUCCAMP.

Esse curso faz parte da Faculdade de Ciências Médicas e funcionava até 1992 em regime de período integral sendo que a partir de 1993, após estudos e aprovação de projeto específico nas diferentes instâncias regimentais, foi transformado em regime parcial e em um só período na tentativa de se encontrar uma solução para a evasão.

Das respostas obtidas buscou-se inicialmente delinear o perfil do estudante de Terapia Ocupacional, sua identidade social, como aluno de uma Universidade Católica: procurando descobrir os motivos que levaram esses alunos a optar pela atividade de Terapeuta Ocupacional e daí avaliar pedagogicamente o referido Curso e, sempre que fosse de interesse, comparar com a Universidade em seu conjunto. Por fim, procurou-se encontrar respostas que pudessem contribuir para o esclarecimento dos motivos que levam o curso a ter um dos maiores índices de evasão na nossa Universidade.

### O ALUNO DE TO: CARACTERIZAÇÃO GERAL

O concluinte do curso de Terapia Ocupacional tem algumas características especiais que o diferem do universo da PUCCAMP. Primeiramente em relação à opção pelo curso, na qual quase a metade do alunado ingressou em 2ª opção (Figura 1). A propósito, cabe destacar o comentário de CHAUI<sup>1</sup>:

*“...a unificação do vestibular por região e o ingresso por classificação tiveram a finalidade de permitir o preenchimento de vagas em cursos pouco procurados, forçando o aluno à opção quando não o força a matricular-se em escolas particulares que, sem tal recurso seriam menos procurados”* (1980, p. 36).

No entanto, quando perguntados sobre os motivos que os levaram a escolher o curso, a maioria apontou “realização pessoal”, motivo que tem índice superior ao global da PUCCAMP o que nos parece, a princípio, uma contradição.

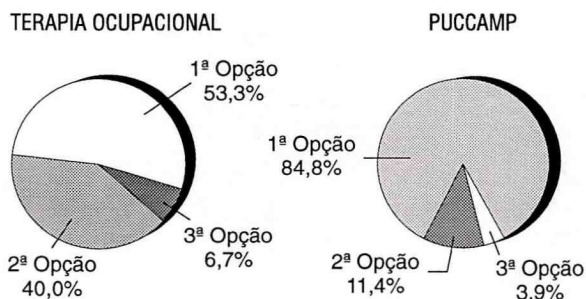


Figura 1. Opção de curso

Ressalta-se e acredita-se constituir um dado significativo em correspondência ao índice de desistência na graduação, o tipo de curso de 2º grau realizado. Quase a metade dos respondentes procedem do Magistério (Habilitação para o Magistério de 1º grau, antigo Normal) o que constitui um referencial bem diferente do geral da PUCCAMP (Figura 2). Considerando que Terapia Ocupacional é um Curso da área de Saúde, acreditamos que essa modalidade não ofereça a formação ideal e necessária principalmente para as dis-

ciplinas da área de Ciências Biológicas, justamente onde ocorre a maior evasão<sup>6</sup>.

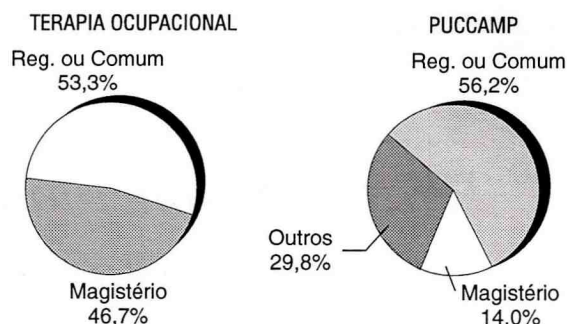


Figura 2. Tipo de curso de 2º grau

Deve ser ressaltada uma diferença bastante expressiva entre os concluintes de Terapia Ocupacional e o universo da PUCCAMP quanto ao nível sócio-econômico, tendo como referência a escala de “Hierarquia de Prestígio Ocupacional” criada por HUTCHINSON em 1954 e publicada em 1960<sup>3</sup>, posteriormente adaptada para o Brasil, e que é estabelecida a partir da renda familiar, da ocupação principal do pai, moradia do aluno enquanto universitário e do nível de instrução familiar. Estes dados colocam o formando de TO numa situação sócio-econômica privilegiada (Figura 3). Convém destacar ainda que a totalidade dos respondentes não exerce nenhuma atividade remunerada. Desta forma podemos supor que os motivos da evasão, não devem estar relacionados ao custo financeiro do Curso. Pelo contrário, permite satisfazer a expectativa da maioria dos concluintes - fazer outro curso de graduação ou ainda pós-graduação<sup>2</sup>.

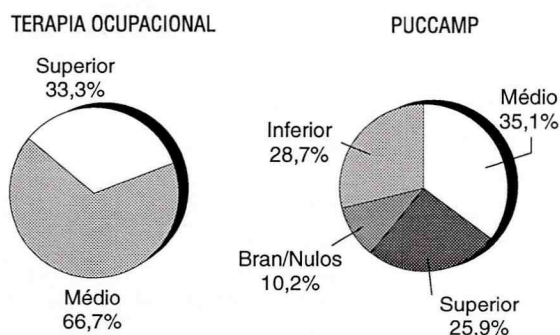


Figura 3. Distribuição dos estratos sociais

Pelo menos em duas oportunidades, a maioria dos respondentes manifestou sua motivação para exercer a profissão para a qual estão se habilitando, não obstante a preocupação com o mercado de trabalho (Figura 4).

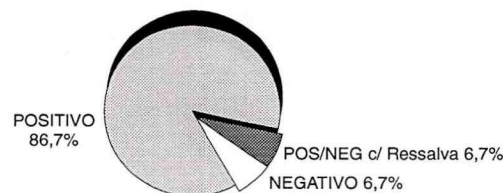


Figura 4. Motivação para exercer a profissão

## QUALIDADE DE ENSINO

Numa apreciação global, a "qualidade de ensino no curso de Terapia Ocupacional vai mal" no discurso pelos concluintes, essencialmente no que se refere à didática dos professores e aos processos de avaliação. No entanto, praticamente todos os alunos destacaram de forma positiva a prática em estágios, apesar do número reduzido desse tipo de atividade e a carência de material específico.

Pelo depoimento dos alunos em relação a qualidade de ensino da PUCAMP podemos refletir e comparar pelo menos com duas questões amplas e complexas deparadas por PIMENTEL<sup>7</sup>, em pesquisa na Universidade de Campinas:

"1. Desvalorização do Curso de Graduação, cujas raízes históricas encontram-se, particularmente na própria história da UNICAMP e de todas as Universidades... na dicotomização do Ensino Superior a partir da Lei 5.540/68, gerada na situação de exceção que o país viveu de 64 a 81.

2. Departamentalização da Universidade, com divisão de cursos, com os quais os professores mantem relação indireta.

Essas questões, fazem parte da realidade das Universidades Brasileiras".

## UNIVERSIDADE

Percebe-se no discurso dos formandos uma percepção bastante clara do significado de vida universitária. Lamentam a falta de integração geral e científica com outros cursos, e até mesmo cultural. Lamentam ainda, a falta de respeito e liberdade. Não se consideram estudantes plenamente universitários.

Com referência à Universidade e Fé Cristã poucos manifestaram-se a respeito, o que sugere estarem alheios a esse desafio. De certa maneira essa atitude nos surpreende, uma vez que a quase totalidade dos respondentes declaram ser católicos e mais da metade, praticantes.

## CONCLUSÃO

Nos diversos aspectos analisados neste trabalho, pode-se dizer que os concluintes do curso de Terapia Ocupacional em vários momentos demonstraram insatisfação e insegurança, já em outros, está presente o prazer e a alegria pela profissão da qual, acredita-se, terão aprendido a gostar.

## SUMMARY

*Occupational therapy: teaching quality and the university life according to senior students.*

*The presente work is part of a monography developed by the educational postgraduation program of PUCAMP. Written as a summary it has, as a subject of study, the Occupational Therapy course of the PUCAMP University. By spreading it, we intend, to contribute for the improvement of this course, as well as to present new data that will allow people to better analyze the pedagogical project of PUCAMP.*

**Keywords:** occupational therapy, teaching, universities, evaluation, students dropouts.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAUI, M.S. Ventos do progresso: a universidade administrada. In: PRADO, B. Descaminhos da educação. São Paulo: Brasiliense, 1980. p. 31-56.
2. GUIMARÃES, P.F. Terapia Ocupacional: qualidade de ensino e vida universitária, segundo percepção de seus concluintes de graduação. Campinas: PUCAMP, 1993. 37P. (Mimeografado).
3. HUTCHINSON. Mobilidade e trabalho. Rio de Janeiro: Inep, 1960.
4. MAGALHÃES, L. V. Os terapeutas ocupacionais no Brasil sob o signo da contradição. Campinas, 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Campinas, 1989.
5. \_\_\_\_\_. A evasão escolar no curso de terapia ocupacional da PUCAMP. Campinas: PUCAMP, 1990. 17p. (Mimeografado).
6. \_\_\_\_\_. Êxodo profissional: evasão escolar entre graduandos de terapia ocupacional no Estado de São Paulo. Campinas: PUCAMP, 1991. 28p. (Mimeografado).
7. PIMENTEL, M.G.O. O professor em construção. São Paulo. 1992 169p. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992.
8. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS. Revisão curricular do curso de terapia ocupacional. Campinas: PUCAMP, 1992. 82p. (Projeto)
9. \_\_\_\_\_. Readaptação da alteração curricular do curso de terapia ocupacional. Campinas: PUCAMP, 1992. 34p. (Projeto).

## Modernidade e crise ética <sup>1</sup>

Frei Antônio Moser <sup>2</sup>

Já faz alguns decênios que os teólogos vêm falando de crise ética e da ética. Desde os anos 50 este é um capítulo obrigatório de qualquer tratado sobre ética. Contudo, o grande público, normalmente no Brasil, só despertou para esta crise há bem pouco tempo. É que, embalados pelos encantos da modernidade nós nem nos dávamos conta da crise com suas múltiplas faces: econômica, política, social, familiar, todas interligadas.

Muitos são os fatores que estão contribuindo para uma nova tomada de consciência. Entre estes, num plano internacional, devemos citar o desmoronamento de boa parte dos regimes marxistas, particularmente no bloco da extinta União Soviética. Como fatores internos devemos lembrar o escândalo Collor, e atualmente o escândalo envolvendo muitos parlamentares e políticos destacados.

Infelizmente como as razões mais profundas da crise ética nem sempre são analisadas como é devida, esta nova consciência é pouco eficaz: confunde-se com poucos momentos e ângulos emocionais, que sabidamente são pouco consistentes, e mudam com rapidez.

Por isto mesmo, foi com alegria que vimos a programação desta Universidade católica neste ciclo de debates sobre a Ética. Com efeito, para um debate sério não há como escapar de confronto entre **natureza e cultura**, tema desenvolvido pela Professora Marilene Chauí. Também não há como escapar da abordagem feita pelo Professor Rogério Valle sobre a **racionalidade moderna**, nem das **correntes contestadoras do marxismo, existencialismo e personalismo**, que será desenvolvida pelo Prof. José Luiz Sirgrist.

É dentro deste contexto que deve ser colocado o tema **modernidade e crise ética**. Para desenvolvê-lo de modo adequado penso seguir o seguinte esquema: as raízes mais profundas da ética; as raízes mais profundas da crise ética da modernidade; as dificuldades do momento presente. Como me foi sugerido, terei nossa problemática brasileira subjacente, fazendo-a emergir ocasionalmente. Com isto penso poder trazer alguns elementos que nos ajudem a com-

preender nossa crise e a buscar eventuais caminhos de superação.

### 1. As raízes mais profundas da ética

Desde a antiguidade até hoje, não se conhece nenhum filósofo ou teólogo que se preze e que não tenha uma concepção ética mais ou menos explícita. É que os verdadeiros pensadores não podem deixar de perceber que a ética não se identifica com o que comumente se denomina de parâmetros da moralidade, ou com os cumprimentos tidos como morais. Percebem que a ética mergulha numa profundidade maior que aquela perceptível pela sociedade moral ou dos comportamentos.

#### 1.1. O sentido etimológico

Se formos à raiz semântica da nossa palavra ética nos deparamos com duas possibilidades de tradução da palavra **ethos**: escrita com **eta** significa caráter; com **épsilon** significa costumes, mormente bons costumes. Mas uma leitura mais acurada logo aponta para outro sentido subjacente na mentalidade grega: residência, moradia. Recolhendo estes significados etimológicos básicos se chega a perceber que os **ethos** aponta para um modo próprio de ser e de viver onde se "abriga" o humano.

**O ethos** é como que o alicerce sobre o qual se estrutura o humano. Não é, porém, algo de imóvel; antes é como uma fonte borbulhante que sustenta o humano e a partir da qual os seres humanos buscam de novo revigorar-se. O **ethos** é algo de tão profundo que radica das normas morais e até mesmo da própria diversidade das religiões. Não só toda moral e toda religião se constituem na expressão de um **ethos**, como até mesmo os ateus podem apresentar dimensões éticas surpreendentemente profundas. **O ethos é como que a marca primeira** de qualquer ser humano, antes de qualquer outra marca cultural ou religiosa, mesmo que historicamente falando **ethos** nunca possa ser apreendido na sua primeira originalidade. Cultura e religião são a carne e os ossos de **ethos** historicamente vivido. É neste entrelaçamento de marcas originais, trabalhadas pela religião e pela cultura, que podemos apreender as aspirações profundas testadas pela experiência de um povo.

(1) Texto publicado parcialmente no livro "Teologia moral em meio as evoluções históricas", editado pelo Conselho Nacional dos Bispos Brasileiros.

(2) Doutor em Teologia Moral, Professor do Instituto Franciscano de Petrópolis, Rio de Janeiro.



Dentro deste contexto é de se notar a reverência com a qual os gregos, os primeiros a pensarem sistematicamente seu ethos, se referiram a eles. Quando pronunciavam esta palavra o faziam sempre com uma inusitada reverência: estavam como que oferecendo a chave capaz de abrir as portas para os grandes segredos do *humanum*.

O ethos era entendido como o último reduto do humano, onde humano e divino se encontram. Por isto mesmo, para os pensadores gregos, não eram os costumes vigentes que julgavam o ethos, mas o ethos que julgava os costumes vigentes.

É muito significativa uma frase colocada na boca de **Antígone**, figura central da “tragédia” grega. Repelindo a proibição emitida por decreto do Rei Creon, de enterrar seu irmão. Antígone o recremina com estas palavras carregadas de uma ironia eticamente interpletadora: “*Não pensei que tua proibição fosse suficientemente forte para permitir que um mortal transgreda as leis não escritas, inabaláveis, dos deuses. Essas são datáveis, nem de hoje, nem de ontem, e ninguém sabe quando apareceram...*” Embora assas afirmações sejam normalmente citadas como argumento em favor de uma lei natural estatisticamente considerada, elas certamente remetem também para o **dynamis**, a força de ethos. Para os gregos nenhum ser é capaz de revelar de imediato sua identidade mais profunda. Esta se esconde por trás de aparências enganadoras e é continuamente enriquecida. Muito menos o ser humano consegue revelar o seu verdadeiro rosto. Vivemos neste mundo como que num jogo de máscaras. Todo ser humano é um mascarado. Sua identidade só aparece quando consegue arrancar as máscaras pessoais, ideológicas e sociais.

Percebe-se assim que o ethos traduz muito mais do que um conceito. Acena para algo de mais profundo e decisivo. Com efeito, o ethos evoca “ninho”, “casa”, “refúgio”, “identidade”, “consciência”, “a eterna e misteriosa morada do Ser”, lá onde os seres humanos podem encontrar-se em profundidade com “O SER”, e por isso, consigo mesmo.

### 1.2 A abrangência do ethos

Os mesmos gregos, cômicos de que a identidade humana pessoal se concretiza na **polis**, ou seja, no Plano sócio-político, não visavam em primeiro lugar a intimidade da pessoa, mas aquilo que constitui o tecido de um povo. Ethos traduz para eles as **evidências primitivas e comuns, a experiência-sabedoria** de um povo, resultantes de uma prática histórica, pela qual se desvelam os valores indispensáveis para sua sobrevivência como povo. O ethos é como que uma espécie de fonte inesgotável dos valores e que um povo vai descobrindo, adquirindo e burilando, num processo sempre inacabado de aprendizagem.

O que dissemos acima não vale, evidentemente, só para os gregos, nem só para os povos “civilizados”. Todo e qualquer povo vive uma experiência do ethos, preservando antigos e adquirindo nossos valores.

Certamente, na prática torna-se difícil distinguir o que é inato e o que é adquirido, o que é natureza e o que é cultura. Enquanto **gerador de percepção, apreciação e ação**, o ethos

integra experiências do passado e do presente, dinamismo e constância ao mesmo tempo. Contudo, não se trata de uma constância física, mas exatamente de uma constância humana, e portanto, dinâmica.

O ethos pode ser melhor compreendido na medida em que ele vem associado com a “virtude”, ou seja, com o **vigor** de um povo ou de uma pessoa. Convém não esquecer que virtude nada tem a ver com pieguismo: na sua radicalidade ela remete para vis, que significa exatamente força, vigor, dinamismo. A virtude não é um apêndice, acréscimo ocasional. É algo de constitutivo, que emerge da dialética de um “ser” e um “vir-a-ser”.

### 1.3 O porque das crises éticas

Vimos que o ethos não se concretiza no abstrato, mas justamente no Plano histórico. E esse plano histórico aponta continuamente tanto para as pessoas, quanto para a sociedade, tanto para o que já foi, quanto para o que vai sendo, tanto para a tradição, quanto para a atualidade, tanto para a natureza quanto para a cultura. E na medida em que se evoca a cultura, não se pode perder de vista que ela remete para vários campos, entre os quais o religioso, o simbólico, o organizativo-social. O ethos vem sempre expresso por esses múltiplos componentes, que vão se fecundando mútua e dialeticamente.

O mais curioso, porém, é que as formulações éticas de um povo não se dão quando tudo está solidamente estabelecido. Elas se dão nos momentos de tensões, de crise, quando se chocam três tendências básicas: uma de conservação, outra de superação, e outra de inovação. O empenho pelas formulações éticas não ocorre nos períodos de grande vigor ético. Os períodos de grande vigor ético dispensam formulações mais precisas, já que o ethos alimenta quase que diretamente a vida concreta, sem contestação. Ao contrário, nos períodos de decadências é que se impõe a necessidade do nomos, ou seja, a multiplicação de leis. Constituições volumosas, em vez de traduzirem vigor ético, traduzem exatamente a falta deste vigor. Por mais paradoxal que possa parecer, a multiplicação das leis testemunha a fraqueza das instituições e dos povos. É uma tentativa desesperadora de acordar o senso ético debilitado.

É de se notar que, ao contrário dos grupos religiosos decadentes do seu tempo, que elencavam mais de 600 preceitos, Jesus resume todo o seu dinamismo ético em apenas um preceito: amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo. É sintomático que ao ser compelido a organizar sua nova Ordem, São Francisco de Assis julgou suficiente estas palavras: O caminho dos frades é este: “**observar o Evangelho de Nosso Senhor Jesus Cristo**”.

As crises éticas remetem ainda para períodos de pluralismo cultural, quando várias culturas, por circunstâncias históricas, se vêem confrontadas; pois todo grupo cultural apresenta também seu padrão ético próprio. Seria possível estabelecer uma unidade ética num período de pluralismo cultural? Seria isto desejável? O fato é que quanto mais primitiva uma sociedade, tanto mais rígida tende a ser na transmissão do seu paradigma ético, e quando mais desenvolvi-

da, **mais tende para a maleabilidade.**

De qualquer forma, tanto nos períodos de estabilidade, quanto nos períodos conturbados de transição, o desafio fundamental que se coloca em nível pessoal e social é sempre o de viver em consonância profunda com o seu ethos. E aqui nos encontramos mais diante de uma busca contínua do que diante de um ponto de chegada.

A mentalidade hodierna por um lado facilita essa busca, na medida em que tem consciência da provisoriidade de suas próprias conquistas; por outro lado, porém, dificulta a busca, na medida em que espera resultados imediatos. Daí a tentação de fixar-se em respostas prontas e acabadas, em vez de retomar continuamente o caminho.

As respostas prontas e acabadas em termos éticos são, de alguma forma, a morte do ethos, pois esse não pode ser aprisionado por uma formulação ética; nem ser comparado com as águas mortas de uma cisterna, mas exatamente com a água viva que jorra sempre de novo de uma fonte inesgotável: a fonte do *humanum*.

## 2. As razões mais profundas da crise ética na modernidade

Hoje, com muita frequência nos perguntamos pelos porquês da nossa crise ética. Algumas pistas iluminadoras já foram dadas acima. Mas nos parece muito pouco. Quando se pretende compreender melhor a atual crise brasileira, não se pode perder de vista nem o quadro geral, que é o da modernidade, nem o que é específico de nossa realidade paradoxal de primitivismo e modernidade conjugadas. Ademais, se quisermos um diagnóstico mais preciso, não podemos esquecer que a crise é compreendida e vivenciada de modo diferente nas várias camadas sociais.

### 2.1 O adeus à deusa razão

Modernidade se tornou um destes termos que devem aparecer em qualquer abordagem reflexiva. E no entanto poucas realidades são ao mesmo tempo tão imprescindíveis e tão ambíguas para compreendermos nosso momento presente, quanto esta.

Antes de mais nada a modernidade se constitui num fato irreversível, com aspectos positivos e negativos. Para nossos objetivos basta lembrar alguns elementos que caracterizam a modernidade. Trata-se antes de mais nada de uma reorganização econômica, política e cultural com o predomínio do mundo tecnológico, a centralização do poder e o desencantamento do mundo. O predomínio absoluto da factibilidade, da imanência, da liberdade, do subjetivo, carrega ao mesmo tempo consigo a secularização, a crise da autoridade e o relativismo moral e religiosos.

Sob o prisma filosófico-teológico, talvez seja bom recordar alguns nomes profundamente ligados à modernidade, a começar por **Kant**, com o seu empenho por criar uma ética realmente científica e universal. Para ele a modernidade tem uma significação histórico-universal: a humanidade poderia agora, finalmente, abraçar sua maioridade pelo uso público da razão. O ser humano já não deveria guiar-se por normas heterônomas, mas exatamente autônomas. O ser

humano é fonte de sentido: por isto dispensa qualquer tutela. Hegel, por sua vez vai acentuar o incontestável princípio regulador dos comportamentos humanos: a **subjetividade. A partir deste princípio da subjetividade, todas as dimensões humanas** - religião, economia, política, moral, arte - foram radicalmente trasfiguradas. Mas o mesmo Hegel vai além da pura subjetividade: a partir da perspectiva aberta pela filosofia transcendental, tenta um conceito de razão capaz de dar conta das aparências da crise da modernidade e possibilitar uma crítica de fundo ao reducionismo da mesma modernidade.

Com isto também fica evidente o calcanhar de Aquiles da modernidade em termos éticos: **a egologia**. Embevecido por suas inegáveis conquistas tecnológicas e científicas, o denominado homem moderno já não conhece limites. Qual Prometeu ousa desafiar os deuses, sem perceber que se encontra acorrentado à sua condição criatural. Sua propotência não se limita ao domínio prometico das coisas: proteja-se para o domínio tirânico dos semelhantes. E ainda mais: julga-se no direito de estabelecer o caminho da realização e da frustração, a felicidade ou a desgraça de toda a criação. A superação desta egolatria letal só é possível na medida em que a racionalidade não for confundida com o subjetivismo e a subjetividade se abrir para uma intersubjetividade comunicativa, dialogal e dialética. Só assim a **vontade indomável de saber e de dominar pode dar lugar à vontade e da solidariedade**.

### 2.2 O advento da deusa modernidade

De um ponto de vista ético o advento da modernidade encaixa-se como uma luva nas mãos da burguesia, sempre ciosa de sua liberdade ilimitada e prepotente. A burguesia se julga dona do mundo, das leis, das tradições. Nossa atual crise ética é certamente um reflexo de um sistema sócio-econômico e político dependente, decadente e excludente. Neste sistema a burguesia quase sempre se sentiu muito à vontade. Mas o nível de desagregação é tamanho, que a mesma burguesia agora sente-se ameaçada e apavorada. Sente-se como que dentro de uma aeronave desgobernada.

A questão que agora se levanta é a de onde surge o apavoramento da burguesia. Ousaria sugerir, como hipótese, e não como tese, que isto é fruto de uma mudança acentuada no ethos das classes populares. Os empobrecidos sempre se defenderam como podiam. Só que hoje, parecem ter aprendido algo da malandragem comandada pelas elites: o feitiço ameaça voltar-se contra o feiticeiro. Para entender isto não podemos deixar de lado a problemática da cultura popular. Embora preocupado em não retomar a abordagem certamente brilhante da Professora Marilene Chauí, acho indispensável um aceno para a cultura popular e suas implicações. A atenção que dedicamos aos empobrecimentos não deve ser entendida como se eles fossem culpados da crise ética: são vítimas; mas vítimas reforçam o desmoraonamento de todo um ethos tradicional. Sem isto ficaria difícil entender a abrangência da nossa crise ética, já que os empobrecidos constituem a absoluta maioria da nossa população.

Sabidamente o termo cultural além de abrangente é cheio

de meandros. Basta considerar as muitas tentativas de definição de cultura. Desde fins do século passado, com E. Taylor, quando se fala em cultura, se pensa num complexo de experiências, práticas, artes, símbolos, moral, leis, costumes e hábitos. O conjunto de experiências e práticas denominado de cultura vem ao mesmo tempo carregado de valores e padrões de comportamento, estabelecendo-se assim o que se chama de **ethos cultural** que caracteriza um povo, dá sentido para sua vida e para suas práticas.

Todos temos muito presente que, o universo cultural ético e religioso predominante entre os pobres era, até há pouco, aquele do intrincado catolicismo popular e da religiosidade popular. Não podemos aqui entrar nesta questão, mas suas implicações devem ser pressupostas neste contexto. É todo um universo cultural, ético e religioso diferente daquele, por exemplo da classe média.

Simplificando ao máximo se poderia dizer que, embora teoricamente estas camadas assumam as coordenadas culturais, éticas e religiosas oficiais, na prática são regidas por outros parâmetros. É todo um modo próprio de viver e interpretar todas as realidades, inclusive éticas e religiosas.

E aqui surge um elemento complicador do nosso já intrincado contexto cultural, ético e religioso. Além do já intrincado mundo da religiosidade e do catolicismo popular, nestes últimos decênios vêm sempre mais se impondo, mesmo entre os empobrecidos, o que se denomina de “cultura da modernidade”. Enquanto oficialmente somos regidos pela modernidade, de fato, grandes estratos da nossa população vivem numa situação ambígua entre cultura popular e cultura da modernidade.

Por um lado, a cultura da modernidade arranca, por assim dizer, grande parte da alma religiosa originariamente predominante nestas camadas, e por outro, reforça um vago misticismo e um forte sincretismo, sempre presentes nas camadas populares. Por um lado a modernidade ajuda os empobrecidos a se sentirem pessoas, sujeitos de direitos e deveres; por outro, tende a confirmá-los a buscarem tranquilamente seus próprios caminhos, sem referência a parâmetros éticos determinados. Por um lado a cultura da modernidade viabiliza relações conjugais e familiares mais personalizadas, ao criticar o machismo e ao insistir numa redivisão das tarefas; por outro, arranha profundamente a concepção cristã de pecado, e reforça, com pretensões científicas, uma moralidade tradicionalmente elástica. Isto se verifica sobretudo no campo da sexualidade, com consequentes reflexos sobre o matrimônio. Ao desvincular o indivíduo de suas raízes sociais, deixando-o entregue a si mesmo, a nova cultura industrial rompe o já sempre precário equilíbrio tradicional das relações intra e extra-familiares.

Em termos conjugais e familiares se percebe uma nítida privatização. O indivíduo, o “amor-paixão”, sem nenhuma ou com pouca referência ao social e institucional, vão ganhando corpo. Como também ganha corpo uma concepção diferente de corpo pouco compatível com a da filosofia grega e da concepção do judeu-cristianismo. O corpo já não é mais visto como o corcel da alegoria de Platão, que deve ser

guiado pelas rédeas da razão. Muitos menos é visto como a morada de Deus. Ele se apresenta como objeto de processos biológicos, instintivos, guiado pela onipotência dos desejos. A medicalização da sexualidade, com reprodução humana assistida, apontando para o eugenismo biológico e social, vêm completar a confusão deste quadro, já originariamente confuso.

Nesta altura se percebe melhor a existência de um casamento estranho e paradoxal: ao mesmo tempo que as vítimas da modernidade são dominadas social e culturalmente pelas classes média e alta, sentem-se como que reforçados em alguns postulados da cultura dos pobres ditadas pelas leis da sobrevivência. Ao mesmo tempo que a cultura e a mentalidade popular são sempre mais relegadas ao folclore, ocasionando uma mudança de costumes, elas se sentem profundamente sintonizadas com a modernidade, justamente no que há de mais negativo. Ao mesmo tempo que a egolatria das classes média e alta rouba-lhes literalmente o direito de viver, as camadas mais pobres, maltrapilhas e desdentadas sentem-se convocadas a gozar das migalhas que lhe são atiradas para mantê-las submissamente dóceis aos comandos.

Todo este quadro, onde por razões completamente diferentes, pobres e ricos lançam-se à mesma orgia libertacionista, hedonista e relativista, percebe-se melhor a profundidade da nossa crise ética e a ilusão que alimentou a intelectualidade há alguns anos atrás: bastaria que os pobres fizessem ouvir sua voz e tomassem o seu lugar para construirmos uma sociedade profundamente ética, e por isso mesmo justa e solitária.

É dentro deste quadro que se entende a última Encíclica do atual Papa João Paulo II: o jogo que se estabelece é entre uma ética subjetivista e conscientemente arbitrária, e uma ética que se funda no Esplendor da Verdade do ser humano, enquanto assume sua condição criatural. Convidando a construir uma nova humanidade encontra sua liberdade não enquanto abraça os primeiros impulsos mas enquanto ausculta as profundezas do seu *ethos* e as operacionaliza. Mas este é um capítulo complicado, que faz emergir uma problemática antiga, embora agora com novos traço, que é exatamente a problemática das normas éticas.

### 3. As dificuldades do momento presente

Nenhuma sociedade pode sobreviver sem normas éticas. Mas é preciso confessar honestamente que a modernidade não só nos lançou numa crise ética, mas também numa profunda crise da ética. Onde buscar apoio não só para construir uma nova ética, mas sobretudo uma sociedade ética? A grande tentação dos dirigentes civis, quanto dos religiosos, é lançar mão de princípios atemporais, rígidos. A história da ética e a história política das várias sociedades nos asseguram que sucumbir a esta tentação é preparar outra crise de proporções ainda maiores. A saída parece encontrar-se antes na difícil busca de uma síntese, que articule o “esse” e o “fieri”, abrindo-se para uma verdadeira Sabedoria.

#### 3.1 Não confundir *ethos* com norma

*Ethos* e normas são duas palavras que, à primeira vista

parecem quase idênticas. As normas éticas seriam a tradução fiel do *ethos*. E no entanto, essa identificação pode revelar-se muito simplista, pois ignora as mediações. Se é certo que as normas traduzem, algo do *ethos*, também é certo que podem ser confundidas com ele.

Com efeito, como vimos no início, o *ethos* é fonte. Nós nem podemos criá-lo, nem domesticá-lo. O que podemos fazer é buscá-lo, canalizá-lo, aproveitar-se do seu potencial. Ou então podemos ignorá-lo, tentando buscar outras fontes. O resultado é o que já conhecemos: damos longas voltas e percebemos que andamos em círculo, sem saída.

Já as normas são tentativas de captar as águas sempre borbulhantes dessa fonte que se renova sem cessar. Sem dúvida as normas éticas se constituem num espelho por desvelar o *ethos*. Elas não são estabelecidas arbitrariamente. E se o forem já não serão normas éticas, e sim decretos nascidos da prepotência humana. Por isso mesmo são normas a-éticas, imorais.

Normalmente as normas que merecem o nome de **éticas** traduzem uma experiência de vida. Por isto mesmo essas normas devem ser assumidas com seriedade. Mas a própria seriedade nos obriga a ter presente que as normas éticas remetem para um contexto determinado, para um sujeito determinado. Isto significa, concretamente, que elas remetem para uma série de condicionamentos, sejam elas estruturais ou situacionais. E se estas normas forem, por exemplo, oriundas de livros sagrados, como a Bíblia, assim mesmo passarão sempre por um processo hermenêutico. Daí não se poder sustentar, sem mais, que as normas sejam objetivas. São mais, ou então menos objetivas na medida em que mais, ou então menos fielmente interpretam o *ethos*. E de qualquer forma elas sempre passam através do crivo de um sujeito social.

### 3.2 Articular o “esse” e o “fieri”

As constatações feitas há pouco sugeriu que então não temos outra saída senão a de reconhecer que estamos ao léu, sem parâmetros definidos, ou então definidos subjetivamente. É exatamente esta uma das conseqüências negativas da modernidade. E infelizmente esta é a conclusão que muitos tiram na prática: cada um age na prática: cada um age de acordo com os seus primeiros impulsos. E contudo esta não deve nem precisa ser a conclusão. O caminho até a fonte do *ethos* é um caminho árduo, mas que compensa, pois é o caminho da nossa realização pessoal e social. O acesso pode ser duplo, embora no final de contas percebamos que é um só. O primeiro é o da busca racional de uma síntese resultante da conjugação do “esse” com o “fieri”. O segundo é o Revelação. Um não exclui o outro, mas ambos se complementam.

Víamos mais acima que a modernidade é um fato irreversível e não há porque lamentar este fato. O problema consiste em repensar a ética sem jogar fora todo o ingente empenho humano, desvele as grandes aspirações humanas a as viabilizem na prática. Se já fazer uma síntese teórica é um grande desafio, maior ainda o é fazer uma síntese histórica, ainda mais que esta nunca resulta de voluntarismo,

mas de várias forças históricas. É por tudo isto que não se pode impunemente “sacralizar” as normas éticas, como também não se pode impunemente relativá-las a tal ponto que cada um crie arbitrariamente suas próprias normas. A função dos eticistas consiste em articular o que evolui e o que permanece; o que permanece e deve permanecer em meio às evoluções: articular o “esse” e o “fieri”, não como se fossem dois departamentos estanques, mas dialeticamente, na pressuposição de que não pode substituir sem o outro.

O “esse” é uma palavra latina e vem lembrado pela nossas palavras “essência”, “natureza profunda”, “identidade”. Todas as realidades humanas são sustentadas por um “esse”. Se quisermos trabalhar com uma comparação, poderíamos nos referir, por exemplo, à roseira. Seu “esse” não consiste nem na configuração que a ela apresenta (pois esta pode ser muito diversificada), nem nas rosas que elas produzem (que também podem ser muito diversificadas). Seu “esse” é constituído pela “rosidade”, por força oculta que a faz surgir, a alimentar e possibilita que, apesar de miríadas de variedades de roseiras e de rosas, nós as identifiquemos com o mesmo nome. Algo de parecido se passa com os seres humanos: eles se configuram nos mais diversos climas, nos mais diversos tamanhos, nas mais diversas raças, na masculinidade ou feminilidade, mas nós sempre os reconhecemos como sendo humanos.

A partir daqui é fácil compreender também o “fieri”: são as configurações que os seres humanos ou demais seres vão assumindo, de acordo com uma série de fatores externos. Seria um erro partir da pressuposição de que só o “esse” é decisivo: não existe um “esse” puro. Só existe um “esse” conjugado com o “fieri”, o vir-a-ser-, a evolução, a transformação, o que denominamos de contingência histórica. Por aí já se percebe que a descoberta do nosso *ethos* exige um grande empenho intelectual para desvendá-lo e um grande empenho prático-existencial para viver em consonância com ele. Este é o caminho da sabedoria.

### 3.3 Sabedoria

Na cidade de Constantinopla, entre as centenas de mesquitas, destaca-se uma, que foi construída em cima de uma igreja cristã: era a Santa Sofia. Os cristãos sempre tiveram um apreço por esta santa que não é de carne e osso, mas traduz algo de fundamental para a nossa vida: a Sabedoria. Vários são os textos bíblicos que a exaltam; e ela sempre é um referencial importante. A sabedoria, interpretada ao modo cristão não se confunde com um acúmulo de conhecimentos. Há grandes intelectuais que não são sábios, e há sábios que não são intelectuais. É que uns trilham seus próprios caminhos e outros trilham “o” caminho: “eu sou o caminho, a verdade e a vida”, nos diz Jesus Cristo.

É nesta altura, que como São Paulo no Areópago de Atenas, ousaria dizer: quero falar a vocês a partir de um deus desconhecido: é o Deus de Jesus Cristo, para os cristãos, a fonte última de toda eticidade e de toda realização.

As buscas por conhecer o humano dos seres humanos sempre de novo nos levam a um antigo princípio filosófico: conhece-se a ti mesmo”. Este é o ponto de partida da sabe-

doria. Quanto mais profundamente mergulhamos no humanum tanto mais percebemos que “sabemos que nada sabemos”. É que o mistério do humanum aponta justamente para algo que é mais profundo do que aquilo que pode ser apreendido: suas dimensões divinas. O ser humano traz consigo algo que é maior do que ele mesmo.

E é altura que se apresenta o Cristo, imagem perfeita do Pai e plenamente humano, como o caminho pelo qual os seres humanos podem entender algo de mais definitivo sobre Deus e sobre si próprios. Em Cristo, o humano e o divino se conjugam de modo inseparável. O divino se abre para o humano e o humano só encontra sua identidade profunda à medida em que se abre plenamente para o divino. Essa abertura total do divino para o humano e do humano para o divino se dá somente no Cristo, é justamente por essa razão que cabe a afirmar do Cristo como a revelação plena do humano.

Mas o Cristo não apenas encarna o humanum na plenitude, como encarna também o conhecimento deste humanum, da sua identidade profunda. Ou seja, é também aqui que devemos buscar o fundamento último das normas morais. Com as normas ocorre algo de parecido com o que acontece numa tradução de uma para a outra. Existe sempre um código-fonte e um código destino. Só é bom tradutor quem domina simultaneamente os dois códigos. Acontece que, nenhum ser humano domina totalmente os dois códigos subjacentes às normas éticas. Só Jesus Cristo é o Mestre, uma vez que só

Ele encarna com perfeição os dois códigos pressupostos: o divino e o humano. Os demais intérpretes podem ser mais, ou então menos fiéis, na exata medida em que se identificam mais ou então menos profundamente com o modo de ser, proceder e conhecer de Jesus Cristo.

## CONCLUSÃO

Bem sei que nesta altura deverão estar com vontade de reagir como os atenienses ao discurso de São Paulo em Atenas: “sobre isto te ouviremos de outra vez”. Pois parece que nestas colocações finais são depreciados todos os empenhos dos não cristãos. Mas não é bem isto que pretendo sustentar. Pois felizmente Jesus Cristo não é prisioneiro de nenhuma religião, mas a luz que ilumina todo ser que vem a este mundo. Felizmente, já os primeiros teólogos do cristianismo, perceberam que nós não somos os únicos detentores da Verdade; que ninguém é detentor de toda Verdade. Ao contrário, as “sementes do Verbo” estão espalhadas por toda parte. E cabe aos que estão perto da grande luz, saber recolher estas sementes, valorizá-las como manifestação da grande luz que brilha num céu carregado de estrelas.

Nesta perspectiva todos encontram vez não só na busca da fonte sempre viva do ethos, mas todos encontram vez para construir uma sociedade de seres verdadeiramente humanos.

## *Fundamentos filosóficos da moral*<sup>1</sup>

**José Luiz Sigris**<sup>2</sup>

Na história da Filosofia do Ocidente podemos encontrar inúmeras fundamentações filosóficas da Moral. Três, entretanto, alcançaram hegemonia, de modo a se instituírem como norma primeira de comportamento. Esta hegemonia, não é preciso enfatizar, decorre de circunstâncias históricas de natureza material e espiritual diferenciadas que lhe servem de base e explicação. Ela se inscreve no interior de diversas Cosmovisões ou determinadas concepções de Homem, de Natureza, de Sociedade e de História.

Toda Filosofia Moral supõe uma ontologia, ou, uma determinada forma de explicar a realidade e uma espiemologia, ou um ponto a partir do qual esta explicação se dá.

Isto posto, podemos determinar e caracterizar o tríplice fundamento da moral na tradição da nossa cultura:

### **1. Fundamento Metafísico da Moral**

Para esta concepção, o Mundo é um cosmos, um todo ordenado, uma magnífica ordenação de essências, hierarquicamente articuladas, segundo o princípio da analogia e participação. Nesse todo, os seres se dispõem segundo maior ou menor perfeição. Daí as várias instâncias do real: reino mineral, reino vegetal, reino animal, reino humano e mundo das idéias, formas ou essências. Quanto mais alto o lugar em que um determinado ser (ente) se localiza mais perfeito ele é, na medida em que incorpora as perfeições dos seres inferiores, acrescentando algo que o especifica.

No ápice deste sistema se encontra, ou algo postulado pela Razão ou pela Teologia. Para Platão, é o "Bem"; para Aristóteles, o "Primeiro Motor Imóvel", a "Primeira Causa Incausada". Para Agostinho e a cristandade Medieval, "Deus", Ele mesmo, o sumo Bem, O primeiro Motor Imóvel, a Primeira Causa Incausada.

Esta construção teórica resulta do esforço da Filosofia

para responder à questão socrática: "O que torna o Homem Bom e Justo?" A resposta de toda a tradição metafísica é a mesma: O que torna o homem bom e justo é a posse e adesão à "Verdade". Mas onde está a Verdade? Como chegar a Ela? Estaria ela no Mundo Sensível, lugar da multiplicidade, do movimento, da singularidade, do vir-a-ser? Existiria, para além do mundo sensível, uma outra realidade, apenas inteligível, lugar da unidade, do imutável, da universalidade, do "ser"? Sócrates já houvera dito que a verdade se encontra no conceito universal.

Na trilha dessa afirmação Platão passa a distinguir duas instâncias da realidade: o Mundo Sensível e o Mundo da Idéias. O Primeiro é aquele percebido pelos nossos sentidos. O segundo, aquele cujo acesso é reservado ao Intelecto. Mas não são dois mundos separados entre si. Antes, guardam entre si um íntima relação de transcendência. Presentes nos seres sensíveis, neles não se esgotam, mas transcendem. Elas servem de arquétipo, paradigma, modelo para os seres sensíveis. Estes são uma realização imperfeita das idéias, uma cópia, uma imagem, uma pálida representação. Aqui, a pluralidade, a individualidade, o movimento. Nas idéias, a unidade, a universalidade, o imutável.

Mas existe ainda uma outra relação entre estes dois mundos. As idéias, as essências são o fim para o qual tendem todos os indivíduos do mundo sensível. Realizar, na plenitude máxima possível, as perfeições contidas nas idéias, eis o fim último das coisas sensíveis.

A teoria Aristotélica da Essência e Existência, da Potência e Ato, auxiliam a nossa compreensão. O mundo sensível é o lugar onde os indivíduos realizam ou atualizam sua Existência, a Essência é a Capacidade ou Potencialidade de Perfeição. A Existência é a realização ou atualização dessa perfeição. Exemplo: No mundo sensível, encontramos indivíduos: Pedro, Paulo, José e João. No mundo das Idéias, a Essência Humana. Qual o sentido da existência desses indivíduos? Realizar, em sua vida temporal, as perfeições contidas na Essência Humana. Ser o mais humano possível. Eis o Humanismo da Filosofia Grega.

---

(1) Palestra proferida na Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em dezembro de 1993. Neste resumo, a preocupação didática se sobrepõe a certas exigências de rigor acadêmico.

(2) Doutor em Filosofia, Professor do Departamento de Filosofia e História em Educação da UNICAMP.

No mundo das Idéias ou das Essências reside a plenitude da Verdade e do Bem. Em direção a esse mundo, os indivíduos devem orientar a sua Existência.

Com isto está posto o fundamento último da Moral. Se esta se define como o conjunto de normas, que, uma vez respeitadas, tornam o homem bom, o fundamento último do ato moral é a procura e a posse do Bem. Mas este Bem, assim posto, é por demais abstrato, transcendente, indeterminado. Em nossa existência cotidiana nos afrontamos com “bens” concretos e determinados, cuja posse nos torna felizes. Estes bens particulares são forma de participação do “Bem em Si” e para ele estão ordenados por constituir-se a sua causa e fundamento.

Para avançar na compreensão da natureza e fim do ato moral é preciso recorrer à Antropologia Filosófica que decorre desta concepção metafísica da realidade.

O homem, na hierarquia dos seres, ocupa um lugar determinado que importa ser respeitada. Está a Ele vedado querer transcender a sua própria condição. O mito de Prometeu, bem como o do Paraíso Terrestre de Adão e Eva já nos ensinaram que não podemos ceder à tentação de ir “além do humano”. Foram duramente penalizados por terem violado este preceito.

Constituído de Corpo e Alma, o Homem participa tanto do Mundo Sensível quanto do Mundo Inteligível. É preciso compreender como estes dois princípios se articulam.

Desde Platão até a Suma Teológica de São Tomás de Aquino, entende-se o Homem como dotado de uma tríplice faculdade: a faculdade intelectual, a faculdade volitiva e a faculdade sensitiva. Como faculdades ou potencialidades, é preciso saber o que é que as realizam ou atualizam. A resposta é uma: uma faculdade se realiza com a posse de “algo que lhe é próprio”, com algo que convém adequadamente à sua natureza. Ora, o que é “próprio” da Inteligência é a verdade; da Vontade, o bem; dos Sentidos, os “sensíveis próprios”. A Inteligência se realiza com a posse da verdade, a vontade, com a posse do que é bom e os sentidos com a posse dos objetos a eles correspondentes. Assim, a luz realiza a faculdade de ver, o som a faculdade de ouvir, etc... Mais ainda, o Corpo só se realiza pela satisfação dos seus apetites. Cada qual possui algo que lhe é próprio e cuja posse o satisfaz.

Estes são os elementos que estruturam a natureza ou essência humana. Mas, existe entre eles uma hierarquia, cujo respeito é condição para a unidade e ordem do todo humano. Nela reside a própria estrutura do ato moral. Como um microcosmos, o ato moral deve espelhar a hierarquia, unidade e ordem do macrocosmos. Com efeito, para esta filosofia, a estrutura do ato moral está na subordinação hierárquica da vontade à inteligência e dos sentidos e apetites à vontade, cujos correlatos objetivos são o verdadeiro, o bom e o agradável.

O que torna o homem bom é a vida regrada ou ordenada, segundo este esquema de prioridade. Já Platão houvera dito que a felicidade consiste em ordenar bem a própria alma. Santo Agostinho o confirma ao dizer que o pecado consiste na desordem instaurada pelo homem na ordem criada por

Deus.

## 2. A moral fundada na autonomia da Razão

No início da Idade Moderna, esta magnífica construção da metafísica greco-medieval é posta em questão, porquanto já não dá conta das novas realidades emergenciais no plano econômico, social, político e religioso. Um novo conceito de Natureza, de Homem e de História se afirmam. A Natureza deixa de ser um cosmo ordenado por Deus ou por algum princípio metafísico e passa a ser, simplesmente, “um dado imediato” que desafia o homem no sentido de que o conheça pela ciência e o transforme pela técnica. O Homem reconhece a sua força e poder e afirma a sua autonomia perante o transcendente. A História deixa de ser a realização do “Plano de Deus” e passa ser o resultado exclusivo dos projetos humanos.

A própria verdade ontológica, tida até então como algo objetivo, anterior e independente do homem, passa a ser um construto da razão humana que ordena os dados de experiência.

É a afirmação da subjetividade da consciência, como fundamento último da verdade e de toda representação da Natureza, do Homem, da Sociedade e da História. Esta subjetividade ganha determinações diferenciadas no interior da história da Filosofia. É o “Cogito” cartesiano, o “Eu transcendental” em Kant, o “Wolksgeist” em Hegel, a “Consciência da classe” “em Marx”, “a liberdade” na Filosofia da Existência.

No início desses novos tempos, a filosofia perdia prestígio diante do processo das ciências, tais como a matemática, a física, a astronomia, a biologia, etc... Era preciso resgatar a importância perdida. Perceberam os filósofos que o respeito adquirido pelas ciências da natureza resultada do vigor do método por elas adotado. Era preciso encontrar, para a filosofia, um método que, respeitado o seu objetivo, fosse de tal rigor e coerência que garantisse credibilidade às suas proposições. Daí por que o problema crítico ou epistemológico está no início das investigações de todos os filósofos deste período.

No campos da Moral, quem melhor explicitou a sistematizou o espírito dos novos tempos foi Kant, na sua obra “Crítica da Razão Prática”. Na sua obra anterior, “Crítica da Razão Pura” ele afirma ter demonstrado que o conhecimento só é possível e verdadeiro através de “juízos sintéticos a priori”, únicos a garantir a universalidade e necessidade de proposição científica. Com eles, a Razão ordena os dados da experiência a partir das formas “a priori” da sensibilidade e do entendimento.

No plano da Moral o que a experiência nos revela? Que os códigos de Ética variam no tempo e se diferenciam conforme as culturas dos povos. São, portanto, contingentes e particulares. Carecem de necessidades e universalidade. Portanto, estes códigos não são científicos. Pela mesma razão, nem pode, o comportamento moral, se fundar nos interesses e sentimentos dos indivíduos singulares.

Resta, portanto, procurar nesses diferentes códigos de ética e no comportamento singular das pessoas, o que há de

universal e necessário.

A resposta ele encontra no "Imperativo categórico: Tu deves", forma a priori da Razão Prática. De fato, em qualquer tempo e sem qualquer cultura, a normal moral, sempre e necessariamente, se apresenta como um imperativo (obrigação pura) categórico (não condicionado pelas circunstância ou sentimentos particulares).

O ato moralmente bom é aquele que é praticado sob a ótica do "dever", independentemente dos sentimentos ou interesses que o acompanham. É dever pelo dever. É uma moral fundamentalmente formal, que relega a um plano secundário o conteúdo subjetivo do ato moral.

### 3. Fundamento histórico - dialético da Moral

Até agora a Filosofia, na sua longa tradição, postulava o Princípio da Identidade como o fundamento última do ser e do pensar. Assim o Sujeito do conhecimento e do ato moral já se supunha como algo constituído, definido e acabado em sua Essência. O mesmo com relação ao Objeto.

Com Hegel e seus seguidores há uma radical mudança. O princípio último do Ser e do Pensar já não é mais a Identidade mas a Contradição. Neste sentido o Homem e o Mundo "ainda-não-são", mas estão "vindo-a-ser". Tudo é movimento constituinte da realidade. É a história dialeticamente concebida. Para Hegel, a História é um movimento pelo qual o Espírito se manifesta, se reconhece e se realiza, até a plena auto-consciência desse mesmo Espírito. Este Espírito Absoluto ganha objetividade no "Espírito da Época" (Weltgeist), que por sua vez recebe sua concretude do "Espírito do Povo" (Volksgeist). Nas obras produzidas pela cultura humana o Espírito se reconhece e se realiza. Ele está nas Ciências, no

Direito, na Religião e na Moral. O Homem, também, é um ser em processo. Através da sua existência ele vai constituindo a sua essência, que ainda não está pronta, nem definida. A sua liberdade consiste na sensibilidade e adesão ao Espírito do Tempo. Nisto reside a essência do ato moral. Como o Homem, também a Moral é histórica e, portanto, relativa a um determinado universo de cultura.

Para o marxismo, a Moral constituída no interior de uma determinada época, não passa de uma "ideologia", ou falsa consciência da realidade. Assim também a Religião e o Direito. Como ideologia, oculta a verdadeira realidade em função dos interesses das classes dominantes. Segundo Marx, não é a consciência nem as idéias que determinam a realidade. Pelo contrário, são as condições materiais da existência dos homens que determinam as suas consciências. Pela praxis, o homem tem a consciência das contradições de classes de uma determinada sociedade, e das relações de dominação entre elas. Na luta para perceber essas contradições e superar as relações de dominação reside a natureza do ato moral.

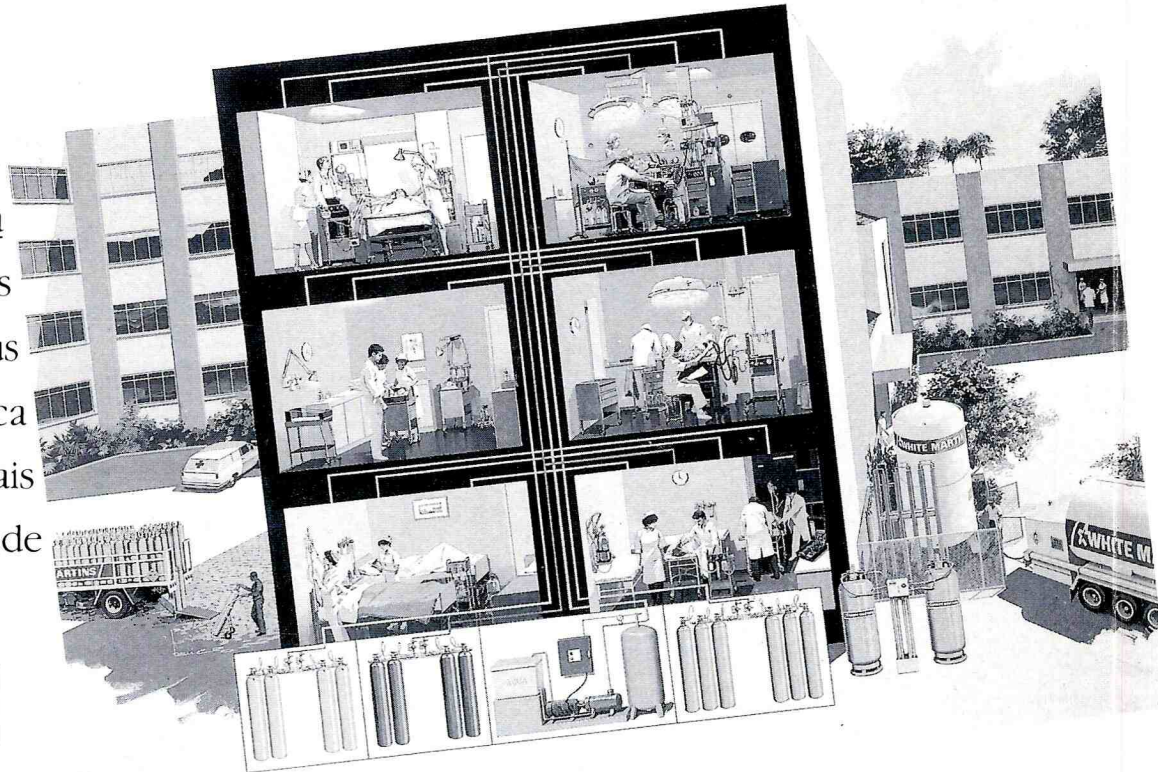
Os existencialismos ateus, como o de Sartre e Heidegger, afirmam que a única moral autêntica é a "moral da situação". O Homem, "condenado a ser livre", só realiza a sua moralidade autêntica no interior de uma situação determinada. Nenhum valor exterior ou transcendente a esta situação pode servir de norma para o seu comportamento ético. Seria roubar-lhe a liberdade. Na "situação" e só nela, deve ele buscar os elementos de sua escolha moral. Nessa escolha, solitária, ele se escolhe, bem como um projeto de humanidade.



Agora, além dos gases medicinais, dos cilindros, dos tanques, das centrais de gases medicinais e vácuo medicinal, dos sistemas de distribuição e da frota

# WHITE MARTINS.

própria, a White Martins também está produzindo equipamentos e acessórios hospitalares para seus gases. Isso significa mais segurança, mais qualidade, mais saúde para os hospitais.



# PRODUZINDO SAÚDE.

**Belém** - Travessa Djalma Dutra, 381 - Telefone: (091) 241 1577 - Telex: 911900 • **Belo Horizonte** - Rua Cristiano França Teixeira Guimarães, 50 - CINCO (Centro Industrial de Contagem) - 32010 Contagem MG - Telefone: (031) 351 1388 - Telex: 316202 • **Campinas** - Av. Senador Antonio Lacerda Franco, 1381 - 13050 Campinas SP - Telefone: (0192) 47 3186 - Telex: 197075 - Fax: (0192) 47 8855 • **Porto Alegre** - Av. São Paulo, 722 - São Geraldo - 90230 Porto Alegre RS - Telefone: (0512) 32 9977 - Telex: 512019 • **Recife** - Rua dos

Coelhos, 219 - Boavista - 50070 Recife PE - Telefones: (081) 421 3019 / 421 4070 - Telex: 813015 / 813016 • **Ribeirão Preto** - Av. Castelo Branco, 1516 - Lagoinha - 14095 Ribeirão Preto SP - Telefone: (016) 627 0010 - Telex: 166719 • **Rio de Janeiro** - Rua Prefeito Olímpio de Melo, 1581 - Benfica - 20930 Rio de Janeiro RJ - Telefone: (021) 264 2332 - Telex: 2131710 • **Salvador** - Rodovia BR-324, Km 5 - Pirajá - 40550 Salvador BA - Telefone: (071) 392 1755 - Telex: 712324 • **São Paulo** - Rua Raul Pompéia, 144 - Água Branca - 05025 São Paulo SP - Telefone: (011) 262 6966 - Telex: 1182094 - Fax: (011) 62 9989