



A ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO COMUNITÁRIA E INSTITUCIONAL. PROPOSTA PARA UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

L.Graciela NATANSOHN ¹

Resumo

O objetivo deste artigo é argumentar sobre as possibilidades de utilização de uma metodologia, a análise de situação em comunicação comunitária e institucional, em planejamentos flexíveis e não normativos em comunicação e saúde. As reflexões se embasam, teoricamente, nas considerações que vêm realizando os estudos de recepção, acerca dos processos de produção, circulação e interpretação das comunicações, atendendo à complexidade das relações sociais mediadas pelas mídias e, também, às demandas e necessidades do setor saúde, no que se refere a uma intervenção comunicativa eficaz e participativa.

Palavras-chave: saúde – comunicação institucional - planejamento da comunicação

1. A comunicação e a saúde: o aparelho midiático

Ninguém duvida, hoje, da importância dos meios de comunicação como difusores de mensagens sanitárias. Por isso, entidades oficiais e não-oficiais, assim como a indústria de mercadorias e serviços públicos e particulares de saúde difundem suas ofertas de tratamento e cura. Podemos identificar, na mídia, relatos referentes ao campo da saúde em distintos gêneros e formatos: nos noticiários de TV e rádio, na publicidade de medicamentos, alimentos e substâncias preventivas, nos programas de TV de interesse geral e até na teledramaturgia (telenovelas e seriados), na qual sempre há uma tentativa pedagógica de colocar em cena discussões sobre doenças e doentes (as drogas, o Alzheimer, o câncer de útero, a anorexia, etc. nas novelas da Rede Globo, por exemplo).

Notícias e divulgação das descobertas do campo científico, documentários e reportagens especiais para falar sobre novas doenças (tais como as matérias do “Globo Repórter” ou do “Fantástico”, na Rede Globo) além de fazer um espetáculo da medicina e da ciência, isto é, além de entreter, também educam, difundem valores.

¹ Professora da Faculdade de Comunicação e do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura Contemporâneas/UFBA. email: graciela71@gmail.com

Embora seja arriscado afirmar a presença de uma homogeneidade completa, no que se refere ao teor ideológico das representações da saúde e da doença na mídia, o que é mais freqüente, é a apresentação de saberes, discursos e instituições ligados ao campo da medicina, cujo foco e preocupação principal é a doença, suas causas, seu combate, sua prevenção, no marco explicativo da ciência ocidental. As medicinas não-oficiais são representadas só quando são incorporadas à medicina oficial (as casas de parto, por exemplo) ou quando se tornam noticiáveis por provocarem tragédias ou curas miraculosas, ou quando são objeto de matérias especiais, que as abordam como casos raros ou excepcionais. Similar tratamento se dá às medicinas alternativas tais como fitoterapia, acupuntura, ou até a homeopatia, reconhecida oficialmente como especialidade médica.

Mas, em paralelo a esta difusão midiática das noções de saúde do campo da medicina, e em coexistência com elas, existe todo um imaginário, crenças, práticas e valores acerca do corpo, da saúde e da doença que nada têm a ver com os modelos da medicina oficial ocidental veiculados pelas mídias. Já há muito tempo, antropólogos e folcloristas vêm estudando as práticas não oficiais de saúde, ou seja, aqueles conjuntos de técnicas e saberes acerca dos tratamentos empregados por especialistas não reconhecidos pela medicina oficial. As chamadas ‘medicinas populares’ não são fenômenos próprios de regiões isoladas ou rurais; muito pelo contrário, são extensamente aplicadas no meio urbano e se constituem como uma alternativa disponível junto à medicina oficial, ou ainda, perante a ineficácia desta. Curandeiros, benzedeiros, parteiras, mães de santo, ‘erveiros’, pertencentes, quase sempre, a diversas religiões (católica, candomblé, evangélica, etc.) formam parte da oferta terapêutica que a população tem a mão, além dos médicos e farmacêuticos.

Na Bahia há uma maciça e constante audiência consumidora das redes paulistas e cariocas de televisão, apesar do fato de que estas trabalham com certas visões de mundo distanciadas das raízes culturais baianas, ancoradas principalmente na mestiçagem entre o candomblé, o catolicismo e as religiões evangélicas. Estas últimas têm crescido constantemente em número de fiéis e em poder significativo, expressado nas inúmeras concessões de emissoras de rádio e tevê obtidas nos últimos anos. Mas tudo isto significa que o poder da mídia se reflete automaticamente nos seus públicos?

Há inúmeras demonstrações do poder da mídia sobre as atitudes, hábitos e práticas de saúde. Pensemos na anorexia, em constante aumento a partir da massificação de noções doentias de beleza e emagrecimento. Ou então, na auto-medicação, estimulada pela propaganda de dezenas de produtos que todo o curam, mesmo sem a menor prova científica, tal como cogumelos e toda sorte de alimentos naturais, etc. Efeitos mais sutis são percebidos em outros planos. Nas crenças de que a saúde é, apenas, um problema individual e não social, ou que a medicina é a responsável única das condições de saúde e vida de uma população.

Da mesma forma, há múltiplas evidências de atitudes, hábitos e prática de saúde que poderíamos avaliar como subversivas ou interpretações idiossincráticas, seja de indivíduos ou de grupos, em relação aos modelos hegemônicos de tratamento, saúde e cura. A maioria das vezes, o campo da saúde vê estas interpretações como “desvios” ou “leituras erradas” de mensagens com intencionalidade preventiva ou curativa. O fracasso na comunicação, na maioria das vezes, é atribuído à “ignorância” da população que não “seria capaz” de decodificar corretamente sejam intenções, sejam mensagens.

Os estudos de recepção de mídia vêm observando, faz tempo, como os públicos estabelecem suas próprias significações e constroem sua própria cultura, ao invés de sofrer passivamente os efeitos da presença dos meios. Os efeitos dos meios não são automáticos, imediatos, super-poderosos. Eles geram-se a partir do encontro entre públicos e mensagens, no contexto de um conjunto de situações da ordem do individual até o sócio-cultural dos receptores, que re-elaboram, re-significam, ressemantizam as propostas dos meios. Da mesma forma, o conteúdo dos meios não é mera invenção alheia à experiência social e cultural dos públicos. A recepção de mídias envolve processos conscientes e lógicos de atenção, leitura, inferência, interpretação e compreensão de mensagens. Mas também envolve processos inconscientes, da ordem da adesão ou do desejo, processos valorativos e afetivos que geram a aceitação ou a rejeição, o acordo ou a discordância, o gosto ou o desgosto, dentre muitos outros processos nos quais os públicos se posicionam.

Em cada ato de comunicação de mensagens sobre a saúde há muito mais do que a absorção, ou não, de informações; há complexos processos sociais de instituição de imaginários, de trocas de significados, de usos, de ressignificações, a partir dos quais a saúde

e a doença adquirem sentido, se legitimam e se colocam em questão atores (médicos ou curandeiros), temas, procedimentos e instituições para tratar delas. Podemos afirmar que quanto mais a prática médica se aproxima da cultura vivida, mais é valorizada, porque a ciência “fria” e “dura” parece funcionar como uma ameaça aos aspectos emocionais do saber popular. Por isso, se bem que a população respeita muito o saber científico e midiático, o valora ainda mais na medida em que vai ao encontro de saberes familiares e comunitários arraigados, mesmo que socialmente desvalorizados (os saberes das mães e avós, o das lideranças religiosas, citando apenas alguns). A medicina é mais do que um conjunto de técnicas usadas perante uma doença; é um conjunto de normas e valores acerca de si e do próprio corpo, das suas atividades e relações com o entorno, com as comidas, com o ambiente, com os outros, e quando entra em contato com outros conjuntos de valores e lógicas, é confrontada com esses saberes. Pesquisas demonstram que, enquanto a medicina pensa os cuidados como se fossem normas, estruturas racionais e voluntárias de conduta, as pessoas pensam os cuidados da saúde como algo afetivo, algo para ser resguardado da erosão do discurso científico (NATANSOHN, 2004, p.9-10).

Para alimentar esse processo de re-elaboração do sentido daquilo que é visto e ouvido nos meios de difusão, é indispensável criar espaços de discussão da mídia massiva. A análise crítica da mídia é uma atividade pedagógica de inestimável valor podendo ser parte do planejamento das ações em comunicação e saúde. Mas também, o reconhecimento de que a comunicação não é privilégio da mídia, é fundamental para trabalhar a comunicação em relação com a saúde. Processos individuais, inter-pessoais, grupais, comunitários, precisam ser reconhecidos como locais instituintes de saberes e práticas de saúde.

As demandas do setor saúde sobre o campo comunicacional não são recentes. As tentativas interdisciplinares estão à ordem do dia, a partir do reconhecimento dos limites dos enfoques tradicionais (difusionistas e condutivistas) sobre o pensamento comunicacional e da situação epidemiológica dos países da região. Doenças crônico-degenerativas, acidentes e violências, isto é, problemas relacionados às condições de vida da população, colocaram em xeque as visões higienistas e biologistas dos problemas de saúde pública. Isto gerou, também, uma nova relação entre o campo da saúde os fenômenos da comunicação, que vinham sendo pensados e utilizados apenas com uma perspectiva

instrumental, na oferta de bens de saúde para o consumo (medicamentos, planos de saúde, tecnologias médicas, etc.). A irrupção do HIV-AIDS foi outra circunstância impulsionadora de esta nova relação entre os campos, pois foram as identidades sexuais, as relações de poder e de gênero e os modos de vida, os que passaram a ser percebidas como determinantes, no perfil epidemiológico de um território, na difusão do vírus.

Atualmente, não sem contradições e dificuldades, modelos tradicionais de pensar a comunicação e a saúde estão sendo questionados, abrindo-se uma brecha para a introdução das questões inerentes à cultura, aos modos de vida, à sensibilidade, às relações sociais, ao consumo mediático e cultural, tarefa facilitada pela legitimação acadêmica das ciências sociais em saúde, desenvolvidas hoje – não sem resistências - em várias escolas e institutos de saúde coletiva e, em menor medida, em escolas de medicina. Isto implica abrir-se para modelos de pensamento e de intervenção que incorporam a incerteza, a pluralidade e a contradição como elementos inerentes às práticas sociais em geral e às práticas comunicativas, em particular. Nesse modelo de pensamento insere-se nossa contribuição.

2. Uma proposta metodológica: a análise da situação em comunicação comunitária e institucional

Considerando os enormes investimentos financeiros exigidos por qualquer projeto de comunicação em saúde de alcance público e comunitário é necessário e desejável desenvolver marcos teóricos-metodológicos em saúde e comunicação - para além dos modelos difusionistas e condutivistas que caracterizaram a relação entre estes campos (Natansohn, 2004) - que levem em conta a multidimensionalidade dos processos de difusão, circulação e apropriação de saberes, práticas e atitudes saudáveis. Por não levar em conta os complexos e diversos processos de atribuição de significados e emoções aos problemas de saúde, as ações educativas e comunicativas se defrontaram (e continuam a se defrontar) com barreiras situacionais, cognitivas e culturais, às vezes intransponíveis.

Longe de ser apenas um mero instrumento, a comunicação é um fenômeno que pode ser estimulado e pensado estrategicamente para a construção de melhores possibilidades em saúde através de diversas estratégias. Embora os meios massivos são indispensáveis na sociedade contemporânea, os meios e canais de circulação restrita e local (como os

institucionais e comunitários) podem vir a ser eficazes aliados para mobilizar, informar e promover transformações em face a diferentes problemas de saúde.

Em qualquer espaço social mais, ou menos, formalizado (uma instituição, uma comunidade, um bairro) existem espaços e mecanismos informais de comunicação, formas não institucionalizadas, mas muito eficientes na geração, troca e circulação de informações, crenças e opiniões. Do mesmo modo, podem detectar-se pequenos meios, tais como jornais de bairro, rádios comunitárias, auto-falantes, etc., que, junto à tradicional comunicação através de boletins, cartilhas e folders em espaços de encontro comunitário, tais como centros de saúde, clubes, igrejas, formam uma rede de informação e comunicação, cujas bordas e centros são difíceis de localizar.

Através do que denominamos de “análise de situação em comunicação comunitária e institucional” (Rangel & Natansohn, 2002, Rangel, Natansohn, Serafim, 2007), tenta-se desenvolver uma metodologia que contribua para o desenvolvimento de métodos analíticos da dinâmica produção/recepção/circulação da informação, que dêem suporte a projetos de promoção da saúde e da qualidade de vida.

Com isto, visa-se obter-se, em primeiro lugar, um panorama que permita observar e intervir no funcionamento das redes e espaços formais e informais onde o jogo comunicativo se dá, para servir de insumo tanto para a comunidade como para a equipes de saúde envolvidas na tarefa edu/comunicativa. Em segundo lugar, a análise das relações comunicativas entre sujeitos em redes e espaços sociais e institucionais pode fornecer dados acerca dos obstáculos e facilitadores para a articulação entre a demanda e a oferta de serviços de atenção médica.

A análise da situação em comunicação comunitária e institucional pode ser um momento importante durante o desenvolvimento de um planejamento flexível, não normativo, em comunicação e saúde, para ser desenvolvido por agentes comunitários de saúde, profissionais e técnicos de centros de saúde e por qualquer agente que promova o desenvolvimento comunitário. Propõe-se:

- a identificação e avaliação de espaços territoriais de encontro da comunidade, tais como feiras, festas, missas, comemorações, bares, praças, encontros desportivos.

- a identificação e avaliação de canais e instrumentos utilizados pela comunidade para entrar em contato, tais como rádios comunitárias, jornais locais, *folders*, cartazes, etc., analisando se a saúde é objeto de programas de rádio, de matérias de jornal comunitário, de cordel, etc.
- a identificação de materiais educativos e comunicativos mais frequentemente usados, já disponíveis (*folders*, vídeos, etc.), analisando as experiências prévias já desenvolvidas, seja pelo Estado, por instituições ou pela equipe;
- a identificação e avaliação de pessoas significativas nos processos comunicativos no nível local, realizando um inventário de lideranças comunitárias, referentes sociais, líderes de opinião, atores sociais com predicamento; membros da família; curandeiras, bispos, padres, etc., com maior ou menor influência em certos temas e áreas da vida social;
- a identificação de canais institucionais: realizar o inventário de organizações comunitárias, analisando seu envolvimento com tarefas vinculadas ao objetivo proposto.

Essa identificação e avaliação crítica, realizada com a participação dos próprios membros da comunidade, possibilita a criação, mobilização e/ou potencialização de espaços, redes e fluxos de comunicação entre os diferentes atores e organizações envolvidas (população, entidades da comunidade, igrejas, ONG, lideranças comunitárias, equipes de Saúde da Família, etc.).

A análise de situação em comunicação pode, também, mapear saberes, conhecimentos, práticas, atitudes, representações em saúde, hábitos que operam nas pautas de consumo de bens simbólicos, dos hábitos de higiene e cuidados, das experiências com a atenção médica e dos estilos de vida em geral; pode dar conta do nível de predicamento que realmente têm sobre essas pessoas determinados atores ou instituições; das linguagens e formas de comunicação predominantes, das redes, canais e fluxos formais e informais que

atravessam todas as instituições. Pode dar evidências do próprio sistema de constituição desses saberes, crenças, atitudes e representações, ao colocar em evidência contradições, disputas e sistemas hegemônicos e contra-hegemônicos de sentidos. O que a análise de situação em comunicação permite, em definitiva, é ter um mapa, mesmo que provisório e conjuntural, dos significados do que são a saúde e a doença, quem são os sujeitos e quais são os procedimentos e técnicas mais válidas para intervir nelas, quais as vozes autorizadas para nomeá-las e, finalmente, quais os temas, atores e circuitos, visíveis e invisíveis, explícitos e implícitos, nos quais a saúde e a doença adquirem sentido e valor.

Instrumental analítico e interpretativo

A análise da situação em comunicação comunitária e institucional é mais do que a descrição detalhada de recursos e meios de comunicação num território. Consiste na avaliação crítica das condições de comunicação existentes e das que possam vir a existir. Isto é, é uma análise comprometida com a praxe comunicativa enquanto movimento que envolve análise e ação. Para isto, é preciso revisar concepções arraigadas do que é a comunicação.

Pela sua origem, a palavra comunicação tem um conteúdo utópico, positivo: se vincula com comunhão, contato, entrar em comum. Comunicar-se parece implicar a possibilidade de intercâmbio simétrico, recíproco e igual. Assimetrias, não-reciprocidades e desigualdades parecem ficar de fora da definição.

Contudo, nem toda situação de intercâmbio comunicativo implica a igualdade entre seus protagonistas. Poderíamos afirmar, em certo sentido, que não há igualdade em nenhum intercâmbio, se considerarmos que do ponto de vista antropológico, psicológico e social nenhum ser humano é igual a outro e nenhum ocupa o mesmo lugar que outro. Nesse sentido, podemos afirmar que nenhum intercâmbio é simétrico, estritamente falando. Entendemos que, neste marco, não é apenas a busca de consensos (da “realização da comunicação”) o que guia a intervenção e a análise da situação comunicativa em saúde comunitária e institucional, mas a realização de um mapa que auxilie no reconhecimento das diferenças pré-existentes e as construídas no próprio desenvolvimento das relações comunicativas.

Dois conceitos são chaves para dar relevo ao mapa de interações comunicativas num espaço institucional e/ou comunitário: formações imaginárias e lugar de fala. Estas

categorias são interessantes para compreender as relações inter-pessoais quanto para entender os efeitos de sentido e emocionais gerados por produtos comunicacionais.

As formações imaginárias: quem sou eu? Quem é você?

Com Pêcheux (1987), entendemos que entre os participantes de um intercâmbio comunicativo podem se estabelecer diferentes tipos de relações e o tipo de relação vai depender das imagens que cada um dos participantes tem do seu lugar e do lugar do outro. Essas imagens são chamadas por Pecheux (1987) de relações ou formações imaginárias. Estas podem ser definidas como as fantasias (sobre saberes, impressões, etc.) que, no processo comunicativo, os participantes atribuem a si mesmo e ao outro sobre seu próprio lugar, independentemente dos lugares que cada participante ocupa na estrutura social (classe, sexo, idade, escolaridade, etc). Parte-se do suposto que entre os sujeitos não há apenas uma transmissão de informação; estabelece-se, melhor falando, uma relação que pode implicar em interpretações, saberes, sensações e emoções tanto sobre quem fala como sobre quem escuta (entendendo que falante e ouvinte são papéis intercambiáveis e ampliando o conceito de fala para o verbal e o não-verbal).

O que acontece no intercâmbio é a colocação em funcionamento de certas regras de projeção que estabelecem relações entre situações dos participantes (objetivamente definíveis, estruturais, como classe, nível educacional, sexo, etc.) e posições (representações, imaginários e fantasias sobre estas situações) ocupadas pelos interlocutores, e se exemplificam em quatro questões que resumem, de alguma forma, estas “fantasias” despertadas pelo vínculo, em relação às percepções que os sujeitos têm de si próprios quanto dos outros.

Sobre a auto-percepção, as questões que guiam a relação são: Quem sou eu para lhe falar assim? e Quem sou eu para que ele/a me fale assim?

Em relação à percepção do outro: Quem é ele/a para que eu lhe fale assim? Quem é ele/a para que me fale assim?

Assim, estas perguntas – que funcionam implicitamente em qualquer intercâmbio presencial comunicativo mas que podem também servir para entender a relação entre sujeitos e produtos comunicacionais – nos permitiriam entender o processo da comunicação como um jogo de poder onde há sujeitos que ocupam lugares estruturalmente diferentes

(médicos, pacientes, padres, alunos, erveiros, agentes comunitários/as, etc.), que se posicionam através do intercâmbio verbal e não verbal, avaliando-se nesse processo, as relações imaginárias que cada um ocupa no vínculo comunicativo, permitindo que determinadas coisas sejam ditas e outras, não.

Dessas relações imaginárias também dependem as capacidades para conquistar o direito a colocar seu discurso, a falar. Nesse jogo, há lutas, táticas e estratégias; luta-se pelo direito à palavra e luta-se através da palavra. Por isso, a linguagem é também um instrumento de posicionamento social (“digo o que penso através da fala”) e o objetivo/fim da interação comunicativa (“consegui me fazer ouvir”).

Um modelo teórico que entenda a comunicação tendo em conta todas estas possibilidades pode nos permitir tentativas de explicações das diversidades, ruídos, incongruências e situações inesperadas que povoam nossos vínculos comunicativos e que conformam o instável mapa da situação comunicativa.

O lugar de fala: que posso dizer? Que não posso dizer?

Conceito de origem foucaultiano, é definido por Rodrigues como “a posição relativa que um enunciador ocupa numa determinada ordem institucional, que o habilita a dizer determinadas coisas, de determinada maneira, que lhe interdita falar de outras ou de determinada maneira, que o obriga a falar ou a calar” (Rodrigues, 1990:14). Os lugares de fala se constroem, justamente, a partir das formações imaginárias e ambas são constitutivas da relação comunicativas, serão as que definam que tipo de relação pode ser estabelecida entre dois interlocutores e ainda, que transformações podem operar ao interior de vínculos cujas formas estão muito sedimentadas, estáticas.

Nesse sentido, podemos agora afirmar que a linguagem é um instrumento informativo, expressivo (que nos permite dizer) e é, também, um instrumento performativo (que faz o que diz, e nos permite fazer, tomar a palavra, pronunciar, dizer, entrar em contato, agir). Da nossa capacidade de “dizer”, então, vai depender nossa capacidade de estar e ser no mundo, de expressar e de criar nosso lugar no mundo e nas relações sociais.

O desafio da análise da situação comunicativa em comunidades ou instituições é superar a instância exploratória e descritiva para capturar, de forma metódica, os lugares de fala e as relações imaginárias dos sujeitos e grupos que participam dos vínculos

comunicativos que envolvem a saúde e a doença. Técnicas do trabalho etnográfico, dos quais seria impossível dar conta neste espaço, podem ser aliados importantes para realizar esta tarefa.

O planejamento baseado em uma boa análise de situação permite orientar o desenvolvimento de estratégias de intervenção comunicativa e educativa adequadas para cada instância de decisão. Em definitivo, permite obter informação sobre áreas de consenso e dissenso entre a oferta de serviços de atendimento clínico e a demanda; percepção e valorações dos setores participantes; erros e acertos, facilitadores e obstáculos, tensões e contradições entre os conjuntos de imagens e valorações recíprocas, e tensões e contradições entre saberes, atitudes, práticas, indicações, recomendações e aprendizados sobre a saúde e suas vicissitudes.

Referências Bibliográficas

NATANSOHN, L. Graciela. “Um estudo de recepção sobre as tele-consultas médicas” . In: **e-compos**, n. 1, dezembro 2004. Disponível em <http://www.e-compos.org.br/e-compos>

NATANSOHN, L. Graciela et alii. Programa Materno Infantil y Nutrición-PROMIN. **Guía metodológica para los estudios de base**. Buenos Aires, Argentina, 1995, (mimeo)

NATANSOHN, L. Graciela et alii. Diagnóstico de Comunicación Social del Programa Materno-Infantil-PROMIN en Florencio Varela Informe de Investigación. Buenos Aires, Argentina, 1994 (mimeo).

NATANSOHN, L. Graciela. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. Eptic online. Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación, Vol. VI, n. 2, Mayo – Ago. 2004. Disponível em: <http://www.eptic.com.br>

OPS. **Manual de Comunicación Social para Programas de Salud**. Programa Promoción de la Salud (HPA). Washington, DC, 1992.

OPS. **Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud**. Serie Paltex, Washington, 1985.

PÊCHEUX, M. “ Análise automática do discurso”, in GADET, Françoise, HAK, Tony (org.) **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Campinas, Ed. Unicamp, 1990.

PROMIN-Programa Materno Infantil y Nutrición- Argentina. Anexo 14- Comunicación Social. Buenos Aires, 1994 (mimeo).

RANGEL, L., NATANSOHN, L.G. Proposta para o Componente de Comunicação Social do Programa de Saúde Bucal na Empresa –PSBE. “Comunicação Para a Saúde Bucal na Empresa”. SESI, 2002.

RANGEL, L.; NATANSOHN,L.G.; SERAFIM, J.F. Estratégias de Informação, Comunicação & Saúde. Metodologia de comunicação no controle da tuberculose em Salvador-Bahia. Projeto de Pesquisa. Salvador, Ufba, 2006.

RODRIGUES, Adriano Duarte. **Estratégias da Comunicação**, Lisboa, ed. Presença, 1990.