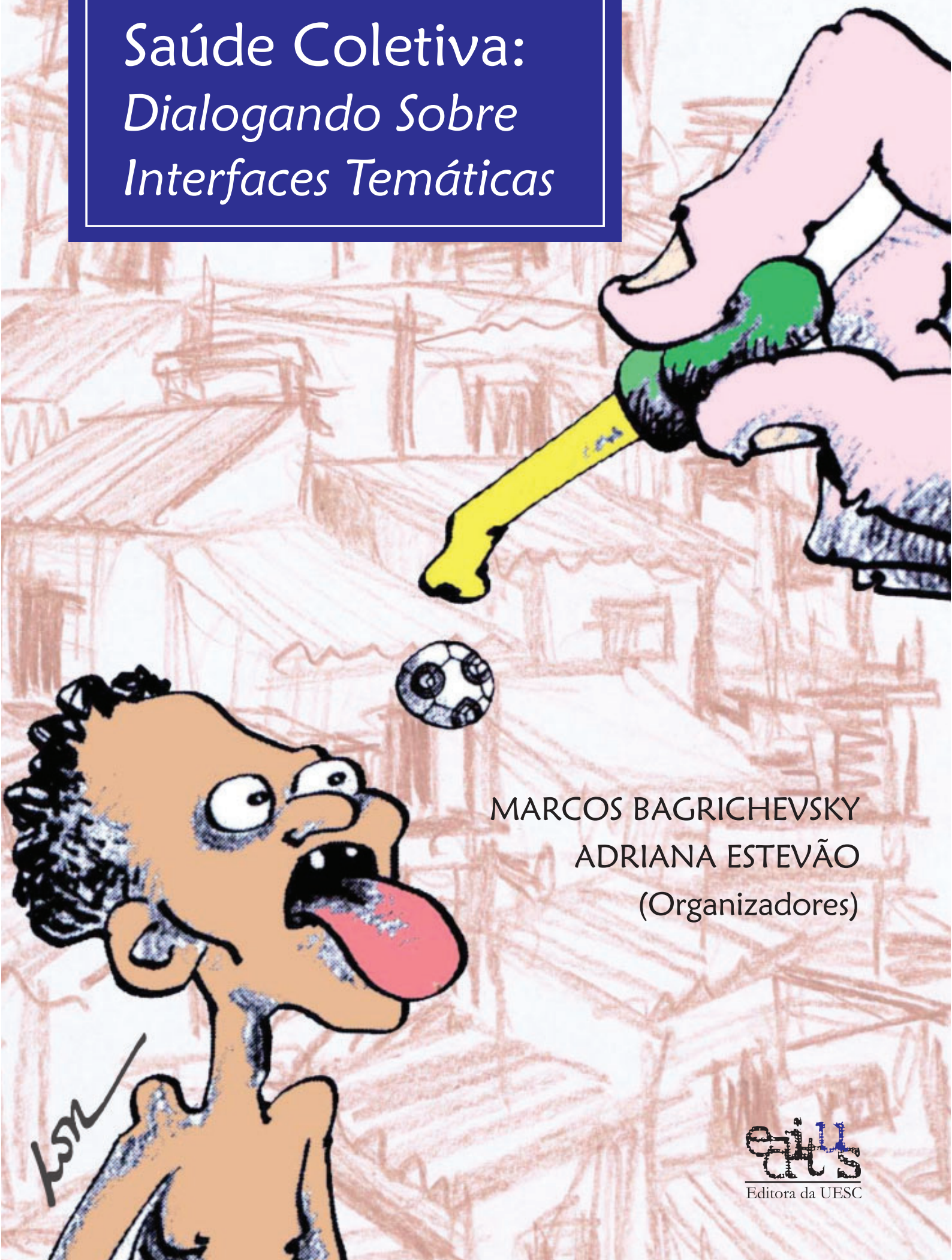
Saúde Coletiva:
Dialogando Sobre Interfaces Temáticas



MARCOS BAGRICHEVSKY
ADRIANA ESTEVÃO
(Organizadores)

Editora da UESC

Saúde Coletiva:
dialogando sobre
interfaces temáticas

Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Rui Costa - Governador

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
Osvaldo Barreto Filho - Secretário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro - Reitora
Evandro Sena Freire - Vice-Reitor

DIRETORA DA EDITUS
Rita Virginia Alves Santos Argollo

Conselho Editorial:
Rita Virginia Alves Santos Argollo – Presidente
Andréa de Azevedo Morégula
André Luiz Rosa Ribeiro
Adriana dos Santos Reis Lemos
Dorival de Freitas
Evandro Sena Freire
Francisco Mendes Costa
José Montival Alencar Júnior
Lurdes Bertol Rocha
Maria Laura de Oliveira Gomes
Marileide dos Santos de Oliveira
Raimunda Alves Moreira de Assis
Roseanne Montargil Rocha
Sílvia Maria Santos Carvalho

MARCOS BAGRICHEVSKY
ADRIANA ESTEVÃO
(Organizadores)

Saúde Coletiva:
dialogando sobre interfaces temáticas

Ilhéus-Bahia

Editora da UESC

2015

Copyright © 2015 by Marcos Bagrichevsky e Adriana Estevão

Direitos desta edição reservados à
EDITUS - EDITORA DA UESC

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Depósito legal na Biblioteca Nacional,
conforme Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

DIAGRAMAÇÃO
Alencar Júnior

ILUSTRAÇÃO DA CAPA
LOR

REVISÃO
Maria Luiza Nora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva : dialogando sobre interfaces temáticas / Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão (organizadores). – Ilhéus, Ba : Editus, 2015.
542 p.

Inclui referências.
ISBN: 978-85-7455-349-8

1. Saúde Coletiva. 2. Promoção da saúde. 3. Corpo. 4. Epidemiologia. I. Bagrichevsky, Marcos. II. Estevão, Adriana.

CDD 614

EDITUS - EDITORA DA UESC
Universidade Estadual de Santa Cruz
Rodovia Jorge Amado, km 16 - 45662-900 - Ilhéus, Bahia, Brasil
Tel.: (73) 3680-5028
www.uesc.br/editora
editus@uesc.br

EDITORA FILIADA À

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Para IAN e ISABELA,
Fontes de inspiração em todos os dias de nossa existência,
Potências recriadoras de um saber maior da vida: o amor.

Sobre os colaboradores

Adriana Estevão
Doutora em Ciências Sociais (PUC/SP);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFES;
Coordenadora do SALUS – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Cultura e Sociedade (vinculado ao PPGEF/UFES);
Professora Adjunta do DG/CEFD/UFES.

Adriane Ramiro
Doutora em Psicologia Social (PUC/SP) com bolsa sandwich na Universidade Autônoma de Barcelona (Espanha);
Psicóloga do Hemocentro no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Alexandre Fernandez Vaz
Doutor em Ciências Humanas e Sociais pela Universidade de Hannover (Alemanha);
Docente dos Programas de Pós-Graduação em Educação e Educação Física da UFSC;
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D.

Ednalva Maciel Neves
Pós-doutorado e Doutorado em Antropologia Social (UFRGS);
Mestrado em Sociologia (UFPB);
Docente dos Programas de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da UFPB;
Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais da UFPB.

Fernanda Paiva
Doutora em Educação (UFMG) e Mestre em Educação Física (UGF-RJ);
Professora Associada do DG/CEFD/UFES.

Fernando Yonezawa
Pós-doutorado em Psicologia pela UFES;
Doutor em Psicologia (USP);
Mestre em Educação (UFRGS).

Francisco Romão Ferreira
Pós-doutorado pelo IOC/FIOCRUZ;
Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e Mestre em Artes Visuais (UFRJ);
Professor Adjunto da UERJ;
Pesquisador colaborador do Programa de Pós-Graduação em Ensino das Biociências do IOC/FIOCRUZ.

Hélio Rebello Cardoso Júnior
Pós-Doutorado em Filosofia pela Universidade de Indiana (EUA);
Doutor em Filosofia (UNICAMP);
Professor Livre-Docente em Filosofia da UNESP;
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

Iolanda Montano Santos
Doutora em Educação (UFRGS);
Coordenadora do Curso de Pedagogia das Faculdades Integradas São Judas Tadeu (RS).

Ivan Marcelo Gomes
Doutor em Ciências Humanas (UFSC);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFES;
Professor Adjunto do DG/CEFD/UFES.

José Geraldo Soares Damico
Doutor em Educação (UFRGS) com bolsa sandwich na Université Paris 8 (França);
Docente dos Programas de Pós-Graduação "Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde" da UFRG-RS e em Saúde Coletiva da UFRGS;
Professor Adjunto da UFRGS.

José Wellington Araújo
Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Pesquisador do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP/FIOCRUZ.

Luciana Vieira Caliman
Pós-Doutorado em Psicologia (UFRJ);
Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES;
Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFES.

Luis David Castiel
Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de Alicante (Espanha);
Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Pesquisador do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (ENSP/FIOCRUZ);
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C.

Luiz Fernando Bilibio
Doutor e Mestre em Educação em Saúde (UFGRS);
Professor Adjunto da UFRGS.

Luiz Oswaldo Rodrigues - "LOR"
Cartunista e Ilustrador Profissional de vários jornais, revistas e livros
Doutor em Ciências Biológicas (UNIFESP);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Esporte da EEFTO/UFMG;
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

Marcos Bagrichevsky
Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente (FCM/UNICAMP);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFES;
Coordenador do SALUS – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Cultura e Sociedade (vinculado ao PPGEF/UFES);
Professor Adjunto da UFES.

Marcos Santos Ferreira
Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Mestre em Educação Física (UFRJ);
Professor Adjunto da UERJ.

Miriam Monteiro Graciano
Doutora em Medicina Preventiva (USP);
Mestre em Filosofia (UFMG);
Professora de Saúde Coletiva e Sociologia Médica da Faculdade de Medicina da UNIFENAS-MG.

Monica Marino Carvalho
Doutora em Comunicação (ECO/UFRJ);
Pesquisadora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa (Portugal).

Monica Roza
Doutora em História das Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ) e Mestre em Psicologia Clínica (PUC-RJ);
Ex-Consultora do Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização (2007 a 2011);
Professora Adjunta do Departamento Interdisciplinar da UFF (Polo Universitário de Rio das Ostras).

Paulo Roberto Vasconcellos Silva
Pós-Doutorado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ;
Pesquisador do Laboratório de Inovação Terapêutica, Educação e Bioprodutos do IOC/FIOCRUZ;
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

Selvino José Assmann
Doutor em Filosofia pela Pontificia Università Lateranense (Itália);
Docente do Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Ciências Humanas da UFSC;
Professor Titular do Departamento de Filosofia da UFSC.

Sumário

Apresentação 15

Nasce o corpo! Um transcurso heterogêneo – Fernando Yonezawa e Hélio Rebello Cardoso Júnior 31

Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a educação física na saúde mental – José Geraldo Damico e Luiz Fernando Bilibio 53

Uma relação entre conceito de saúde, normatividade e biopolítica – Monica Roza 91

A estetização da saúde – Francisco Romão Ferreira ..121

Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola – Iolanda Santos.....141

Sobre a promoção da saúde na escola: uma contribuição da história – Fernanda Paiva 179

Desigualdades sociais, promoção da saúde e práticas corporais: por uma ressignificação contextualizada – Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão e Paulo Roberto Vasconcellos-Silva 221

Promoção da saúde, *empowerment* e o discurso da vida ativa – Marcos Santos Ferreira e Luis David Castiel 259

Quando os estilos de vida se tornam estilos de risco – Luciana Caliman..... 291

Estratégias de governamentalidade no âmbito da promoção da saúde: o controle do peso corporal como estilo de vida saudável – Adriane Ramiro 319

Conselhos privados, escolhas e novas formas de exclusão social: a obesidade como metáfora contemporânea – Ivan Marcelo Gomes, Alexandre Vaz e Selvino José Assmann.....359

Obesidade e pobreza na imprensa: epidemiologia de uma questão social – Monica Carvalho 395

Sob a égide da epidemiologia do risco: legitimidade e controle através da normalização social – Ednalva Neves 441

Epidemiologia e senso comum: a construção compartilhada do conhecimento em saúde – José Wellington Araújo 473

Pensamento e prática em epidemiologia e saúde pública – Miriam Graciano..... 513

Apresentação

De que valeria a obstinação do saber
se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimentos,
e não, de uma certa maneira
e tanto quanto possível,
o extravio daquele que conhece?
Há momento na vida em que a questão de saber
se é possível pensar de forma diferente da que se pensa
e perceber de forma diferente da que se vê
é indispensável para continuar a ver ou a refletir.

(Michel Foucault)

O mundo contemporâneo sinaliza preocupações emblemáticas à sombra da influente racionalidade científica que incide imperativa em nações e continentes, 'globalizados' pela desigualdade de oportunidades, pelo acirramento do fosso abissal que distancia pobres e ricos. Sua potência, geradora de efeitos exponenciais sobre crenças e condutas, aponta que adentramos em um novo tempo, parametrizados e posicionados pela ciência numa proporção antes inimaginável. Ao assumir essa condição litúrgica, o desafio do homem aos deuses, outrora projetado na esfera *hollywoodiana* por profecias da literatura de ficção do gênero, hoje se confirma prosaicamente nas clínicas médicas superespecializadas, através das nanotecnologias produzidas em escala industrial ou nos laboratórios de genética espalhados pelo Ocidente, à espera daqueles que podem pagar por suas benesses.

Os desdobramentos da interseção entre essa racionalidade e o espaço social, à luz dos impactos tecnocientíficos, não se restringem mais a ações

normalizadoras sobre a biologia humana, agora invadem e esculpem sua substância. São processos que matizam a *biomedicalização*[1] da sociedade e a patologização da vida; que constituem e expandem as *biossociabilidades* e a *biocidadania* como referências preocupantes de uma nova realidade em ascensão.

O domínio biomedicalizante, apoiado nessa ultratecnificação das ciências da vida, revela um trabalho social deliberado para recriar definições nosológicas, e validar diagnósticos de supostas condições problemáticas que, em tese, já estariam afetando diferentes grupos de indivíduos. Ao materializar certos estados de 'pré-enfermidade', minuciosamente descritos e amparados pela estatística dos estudos sobre fatores de risco à saúde, emergem novas identidades, a partir das quais o *status* de 'quase-doença' assume lugar central.

Desse panorama, têm resultado transformações aceleradas e em perspectiva planetária, não apenas de setores-chave do mundo atual, mas, sobretudo, de valores singulares que até pouco tempo, sustentavam e dotavam de sentido a convivência em coletividade. Está em curso uma radicalização do estatuto da humanidade que torna ambíguas e fluidas as distinções ontológicas entre pessoas e coisas; que expropria nossas subjetividades; que conduz, invariavelmente, ao sofrimento do corpo e da alma.

---

[1] Ver Clarke et al. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, p. 161-194.

Some-se a isso, o fervoroso individualismo tardo-moderno que o capitalismo líquido acolhe, exacerbando assimetrias socioeconômicas, culturais e políticas, e deslocando as fronteiras do compromisso público do Estado Moderno para a dimensão molecular dos sujeitos – que deveriam ser protagonistas-beneficiários das políticas de bem-estar social[2] nesse modelo de governança, ao invés de se tornarem 'alvos' da responsabilização por sua própria sorte.

E, claro, é preciso mencionar também a ditadura midiática[3] da qual já falava Noam Chomsky décadas atrás, estabelecida pelos meios de comunicação de massa em estreita comunhão com a ideologia do capital, a serviço da 'desinformação' e do fomento de ideias que volatilizam os debates críticos sobre questões na pauta do dia. A "fabricação do consenso" despolitizador, para usar uma expressão chomskyana, encontra-se amalgamada a todas as instâncias do cotidiano; desde as micropolíticas discursivas que edificam comportamentos consumistas, como meta primeira da existência humana, até o ditame das macroestruturas de poder de megacorporações e governos, cujas escolhas decisórias vertem de forma implacável sobre populações e grupos marginalizados.

---

[2] Também conhecidas como políticas do *welfare state*. No Brasil, elas nunca chegaram a adquirir qualquer conotação similar à ampla proteção do Estado, expressada concretamente (pelo menos até a década de 1980) em países europeus como Alemanha, Inglaterra ou França.

[3] Ver Chomsky e Herman (1988). *Manufacturing consent: the political economy of the mass media*. New York: Pantheon Books.

Não se pode perder de vista que as patologias sociais das quais padecem países desiguais como o Brasil, têm gerado corpos enfermos e agonizantes, governamentalizados por retóricas e práticas que nos distanciam da capacidade de resistir às armadilhas da subjugação neoliberal de toda ordem.

Indiscutivelmente, há um enorme lastro de vinculações entre as problemáticas relativas ao processo saúde-doença-cuidado e à gestão política da vida exercida pelas instituições sociais do nosso tempo. A pujança valorativa do meio acadêmico sobre o contexto anunciado se reafirma nos próprios acontecimentos diários da realidade.

Esse cenário complexo e delicado demanda dos pesquisadores – em especial, no campo da saúde – ampliação urgente de investigações, eticamente comprometidas em dar respostas significativas às agruras societárias do novo século ou, pelo menos, dispostas a indagá-las de maneira cabal.

Todavia, não se trata aqui de desqualificar o importante acúmulo da produção científica em saúde, nem de outorgar ao campo a função de redentor dos males que a humanidade enfrenta. Queremos, sim, apontar a premência de se trazer à tona e tensionar os muitos dilemas imbricados na própria gênese dos saberes da ciência contemporânea, cujos investimentos estatais têm se misturado de forma perigosa a interesses mercadológicos, bélicos e midiáticos. Em geral, quando detectadas, tais interfaces ainda emergem de maneira difusa, tímida, quando não desprezadas ou rechaçadas por representantes do espaço acadêmico.

Posicionada como têmpera de um projeto social crítico, aberto, político, epistemológico, e em

permanente revisão, a *Saúde Coletiva*[4] tem produzido e oportunizado debates temáticos fecundos, frequentemente, conectando distintos pensadores e matrizes dispostos a borrar as fronteiras disciplinares e, a confrontar os modelos tradicionais de abordagem da saúde-doença-cuidado, em busca de convergentes e relevantes problematizações.

Tais empreendimentos costumam desaguar em reformulações matriciais potentes, mestiças, intelectualmente instigantes e contextualmente impactantes; uma expressão viva da densa diversidade de aportes teórico-metodológicos que o campo toma para si, e requer daqueles/as que bebem de suas fontes.

Imbuídos desse espírito, Fernando Yonezawa e Hélio Rebello Cardoso Júnior abrem o livro com o texto *Nasce o corpo! – um transcurso heterogêneo*, questionando a naturalização da noção de corpo na cultura ocidental vigente. Os autores constroem um mosaico panorâmico a partir de fragmentos históricos, eleitos para constituir certo modo de legitimar seus argumentos. Mostram como as sociedades chamadas de 'primitivas' lidavam com a corporeidade, e

[4] "Invenção brasileira, o termo **Saúde Coletiva** está hoje presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Trata-se, mais que tudo, de uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à [...] vida. Em lugar das tradicionais dicotomias [...] busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como [...] equidade, cidadania e [...] subjetividade emergem como questões principais [vinculadas à saúde-doença]" (In: Lima, N.T.; Santana, J.P. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 9).

como a ideia fragmentada de corpo, hegemônica no Ocidente, representa um marcante legado da Grécia Antiga. Em seguida, utilizando o pensamento deleuzeano em Espinosa e Leibniz, estabelecem outras formas de pensar a corporeidade, inclusive uma alusiva à metáfora do "corpo-sem-órgãos". Tomam esse conceito para discutir as potências virtuais do corpo e, contestar a divisão corpo-alma ainda presente em nossa sociedade, tecendo por essa via, uma relação imanente entre corporeidade, ética e política.

José Geraldo Soares Damico e Luis Fernando Bilibio respondem pelo ensaio *Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a educação física na saúde mental*. Nele, propõem uma reflexão sobre a especificidade e potência da produção do cuidado em saúde mental, considerando as possíveis contribuições da educação física, trilhadas por caminhos alternativos ao pensamento unívoco, dominante na área. Ao tomarem um *caso-pensamento* como estratégia de análise, buscam visualizar essa escrita inventiva como recurso para situar/problematizar fatos e acontecimentos da realidade. Dão fecho às análises indicando que a produção do trabalho vivo em saúde depende da experimentação e da sensibilidade do profissional-cuidador no encontro intercessor com o sujeito que está em sofrimento psíquico.

Monica Roza, por sua vez, trata de *Uma relação entre conceito de saúde, normatividade e biopolítica*. Seu trabalho investe em ressignificações de práticas construídas no campo sanitário, interpretando a saúde como *valor propulsivo* atrelado à vida. A autora questiona a noção de saúde que se traduz como redução de sintomas 'objetivos', uma idealização que

a tipifica (a saúde) como algo natural – reflexo do modelo biomédico que se empenha em enquadrá-la, diante de toda sua complexidade, à mera definição de um 'perfeito bem-estar biopsicossocial'. Ao final, lança mão dos conceitos de "normatividade" e "crítica do presente", encontrados, respectivamente, nas obras de Georges Canguilhem e Michel Foucault, para, a partir deles, pensar uma atitude ética e estética na forma de uma biopolítica que investe na potência reinventiva da vida, em sua capacidade de autopoiese.

Assinado por Francisco Romão Ferreira, o texto *A estetização da saúde* sublinha as inúmeras metamorfoses para as quais o corpo, hoje, vem sendo convocado a se submeter, fato que revela a emergência de distintas problemáticas. A especialização da biotecnociência, o crescimento dos mercados da aparência corporal, a banalização das cirurgias plásticas e as intercorrências clínicas nesse setor, posicionam a *estetização da saúde* (entendida como desígnio de valoração 'cosmética' a arbitrar condições acerca 'do que' e de 'quem' seria saudável) como um preocupante dilema a ser encarado pelos pesquisadores da Saúde Coletiva e áreas afins. Nessa direção, o estudo destaca os sentidos socialmente reportados ao corpo no contemporâneo, a construção dessa 'nova' percepção pela medicina, o papel das motivações e interesses dos atores envolvidos (usuários e profissionais) e, as questões éticas daí decorrentes.

Na sequência, o ensaio de Iolanda Santos, *Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola*, problematiza os empreendimentos institucionais mencionados no subtítulo, mergulhando nos interstícios que conectam o caráter curativo/terapêutico ao

processo pedagógico, para examiná-los sob um olhar pós-estruturalista. Inspirado na perspectiva foucaultiana, o texto permite pensar algumas práticas de controle dos sujeitos que se dão no ambiente escolar, através das tecnologias de poder, produzindo normalizações, docilizando vontades e regulando condutas no contexto educacional (e também fora dele). A partir do acesso ao farto material empírico produzido pelos Ministérios da Saúde e da Educação para o Programa Nacional de Saúde do Escolar, Iolanda analisou como algumas das campanhas operam a constituição dos modos de ser, agir e pensar dos sujeitos, no tocante à prevenção de doenças e à regulação da saúde. Por fim, nos mostra como as sutilezas persuasivas dessas intervenções discursivas gerenciam os comportamentos das crianças, para que sejam consideradas saudáveis; enfatiza ainda que certas práticas de higiene, cuidado e cura, articuladas aos fazeres pedagógicos, posicionam a escola como campo vital para o êxito interpelativo da *educação em saúde campanhista*.

Fernanda Paiva, apoiando-se em escritos de sua tese de doutorado, também desenvolve uma reflexão que toma o espaço educacional como cenário de análise. Com o título *Sobre a promoção da saúde na escola: uma contribuição da história*, o texto busca dar visibilidade aos sentidos produzidos e veiculados pelas *theses* médicas apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), ao longo do século XIX, e que tematizaram a educação nos *collegios* e a *educação physica*. Estruturado em três momentos, o artigo, primeiro, explicita e comenta a composição de parte do *corpus* documental pesquisado. Em seguida, examina e põe em xeque a

representação do pensamento médico-higienista do século XIX, que forneceu as bases para a *biologização* da educação física. A autora defende a necessária desnaturalização desse ideário, em função do tributo à área, que alavancou o processo de escolarização projetado pelos médicos. Na terceira e última parte, foram sistematizados três tópicos de discussão sobre a *educação para saúde*, a saber: (*i*) a colaboração da *educação physica* como 'saneadora do ambiente'; (*ii*) a *educação physica* como pilar da educação integral; (*iii*) e, o 'lugar' da *educação physica* na reordenação das especificidades da medicina.

Ao reconhecer a relevância dos estudos sobre as iniquidades sociais, tanto para compreensão do processo saúde-adoecimento das coletividades quanto para tomada de decisão política na gestão em saúde, o texto assinado por Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão e Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, propõe uma análise que articula essa temática à questão das práticas corporais e sua institucionalização no setor saúde no Brasil. O trabalho inicia resgatando as perspectivas ético-políticas de Alma-Ata (1978), legitimadoras do ideário da Atenção primária e da Promoção da saúde, buscando apontar sua relação histórica estruturante com alguns elementos pontuais do vasto e complexo debate acerca das iniquidades sociais em saúde e das estratégias do Estado para contorná-las. Com base em tais pressupostos introdutórios, examina o contexto de duas iniciativas públicas, em solo capixaba, que fomentam práticas corporais/atividades físicas. O estudo conclui, sinalizando a existência de um quadro intraurbano de disparidades sociossanitárias e econômicas que persiste na cidade de Vitória (ES), negligenciado

pela gestão pública durante o processo de implantação e expansão dessas iniciativas no município.

Marcos Santos Ferreira e Luis David Castiel apresentam uma reflexão sobre a tríade *Promoção da saúde*, *empowerment e o discurso da vida ativa*, enfatizando o quanto a Promoção da Saúde se tornou uma referência que vem subsidiando ações e políticas sanitárias. Entretanto, sua ambiguidade pode colocá-la tanto a serviço do *status quo* dominante, quanto de projetos socialmente transformadores. Questionam como o *empowerment*, considerado um dos pilares da Promoção da Saúde, pode se prestar a esse papel. Para tanto, analisam a dubiedade da noção de *empowerment* explorada pelo "Agita São Paulo": programa de fomento à *vida ativa*, autorreferenciado como modelo de Promoção da Saúde. Ao final, os autores inferem que a iniciativa institucional mencionada, além de se vincular a uma visão bastante restritiva, é um dos exemplos mais cabais do conservadorismo que perfila certas práticas e ideias de tal nicho, nada afeitas aos princípios, valores e lutas sociais históricas que deram origem ao SUS.

Em seguida, o estudo de Luciana Caliman resgata a abordagem do biopoder na obra de Michel Foucault, com o objetivo de identificar suas limitações e possíveis utilizações na análise da subjetividade contemporânea. Destaca a redefinição tecnocientífica da noção de vida, sua despolitização e a constituição das identidades somáticas. E dá enfoque especial ao exame da expansão do pensamento e das tecnologias de gestão do risco no campo da saúde, em dado momento, quando *os estilos de vida se tornaram estilos de risco*. Em todo o percurso textual, afirma que as pesquisas

foucaultianas podem ainda oferecer ferramentas úteis para o debate em torno do biopoder na atualidade. Essas análises possibilitam a construção de um pensamento crítico sobre o panorama da gestão dos riscos, legado do projeto societário hegemônico, no qual a busca ascéptica pela *saúde perfeita* tem se reinventado cotidianamente.

Adriane Ramiro, por sua vez, mostra como a preocupação acentuada com o aumento de peso corporal e a obesidade é relativamente recente. Dentre os fatores que justificam a incorporação desse acontecimento como problema de Saúde Pública, ela indica: (*i*) o fenômeno da transição nutricional; (*ii*) o fato de a obesidade ser considerada uma doença crônica; (*iii*) e a complexa cadeia de multicausalidades envolvida na constituição de sua etiologia. Entretanto, a forma como o discurso oficial da promoção da saúde (conectado às políticas que enfatizam a alimentação saudável e a atividade física) vem sendo apresentado à sociedade, gera práticas cada vez mais totalitárias, expressas na *ordem impositiva dos estilos de vida*, produtoras de angústia e de influência perversa no comportamento das pessoas. Filiado à vertente construcionista da Psicologia Discursiva, o texto argumenta que as retóricas acerca da prevenção à obesidade e do incentivo aos estilos de vida saudáveis atuam como *estratégias de governamentalidade*, produzindo assujeitamentos despolitizadores.

Ivan Gomes, Alexandre Vaz e Selvino Assmann são signatários do texto *Conselhos privados, escolhas e novas formas de exclusão social: a obesidade como metáfora contemporânea*, que elege a 'obesidade' e o 'sujeito obeso' como metáforas dos tempos atuais. No plano geral, pretendem demonstrar como tais

metáforas contribuem para a compreensão da sociedade que habitamos, ressaltando as articulações entre liberdade, políticas do corpo e exclusão social. Apoiados na obra de Zygmunt Bauman, examinam discursos acadêmicos e midiáticos sobre saúde e demonização da obesidade (e do obeso), recortando, de sua análise empírica, 'ciência' e 'moralidade' como eixos que se entrecruzam e sustentam os conselhos oriundos desses ambientes. Concluem que a contradição e a complementaridade entre as noções de *excesso* e *leveza*, extraídas das retóricas investigadas, deixam transparecer um nexo com a analítica de Bauman: elas representam formas emblemáticas de exclusão social que enunciam a capilaridade do biopoder.

O ensaio de Monica Carvalho também traz a obesidade como tema central de estudo. A pesquisadora portuguesa analisou o modo como o par 'obesidade-pobreza' foi tratado na Folha de São Paulo, no período entre 1996 e 2005. A problemática investigativa se constituiu à medida que os meios de comunicação ampliavam, progressivamente, a visibilidade dos estudos epidemiológicos; esses, por sua vez, alertavam sobre um aumento da obesidade no Brasil, em especial nas camadas menos favorecidas da população. Quando vinculada à miséria, ganha destaque o caráter político que a tematização da obesidade encerra. O 'lugar' da pobreza se reconfigurou enquanto questão social, a partir: (*i*) do anúncio de que o Brasil passou a ocupar 'outra' posição no cenário econômico mundial; (*ii*) do debate sobre o atual papel do Estado; (*iii*) da emergência da medicalização da pobreza; (*iv*) e das ênfases discursivas sobre a individualização do cuidado. Os resultados

da investigação destacam o papel das conexões entre mídia e saúde no âmbito das atuais estratégias de gestão dos riscos, as quais estariam pautadas, segundo a autora, num modelo de *biogoverno*.

O artigo subsequente, *Sob a égide da epidemiologia do risco: legitimidade e controle através da normalização social*, de Ednalva Maciel Neves, advoga a importância do debate acerca das relações entre cultura e ciência, a partir do enfoque associativo entre risco e saúde – cujas repercussões tornam-se cada vez mais notórias na esfera profissional e na vida ordinária do dia a dia. A investigação privilegia o campo epidemiológico como espaço de observação e análise, em função de seu protagonismo na produção de sentidos sobre o risco e por referendá-lo como conceito científico que se presta a múltiplas interpretações concernentes à saúde-doença. Argumenta que a proliferação de significados atrelada à discursividade do risco tem se integrado às práticas médicas, com orientações de toda ordem, impondo, velada ou explicitamente, estigmatização de comportamentos, hábitos e valores, em vários contextos da existência humana. Finaliza afirmando que a racionalidade epidemiológica, ancorada nessa retórica, tem extrapolado de forma imprópria 'seus limites inferenciais' ao ambicionar intervir em crenças e relações sócioculturais, papel para o qual não é talhada do ponto de vista teórico-metodológico.

Epidemiologia e senso comum: a construção compartilhada do conhecimento em saúde, penúltimo ensaio do livro, tem autoria de José Wellington Araújo. O pesquisador da Fiocruz discute a necessidade e a legitimidade de se ter uma prática epidemiológica solidária aos princípios e diretrizes do SUS, apoiada nos

referenciais do criticismo histórico e de uma epistemologia social. A descentralização de decisões na gestão em saúde, as ações intersetoriais, a participação social e, o planejamento-programação-avaliação dos serviços, em nível local, requererem novas abordagens epidemiológicas. Isso tem implicações conceituais e metodológicas sobre como lidar com pequenos coletivos populacionais e dialogar com o senso comum, atividades ainda pouco frequentes nesse campo disciplinar. Subsidiado por um breve excurso rememorador, o artigo apresenta alguns elementos para a problematização da abordagem causal restrita, em detrimento da epidemiologia das populações e sua *causa ampliada*. Conclui defendendo a revalorização da *epidemiologia descritiva*, a eloquência dos indicadores de saúde e a "significação narrativa" (expressão cunhada por Juan Samaja) como complementos imprescindíveis à (in) significância estatística, para que a disciplina estabeleça interações dialógicas com os saberes populares em saúde. Propõe, por último, a utilização dos 'achados epidemiológicos' como temas geradores em saúde, no sentido freiriano, capazes de viabilizar uma *construção compartilhada do conhecimento em saúde*.

O texto de Miriam Graciano, *Pensamento e prática em epidemiologia e saúde pública*, dá fecho à obra. Inicialmente, coloca em destaque certas questões da epidemiologia contemporânea. A trajetória crítica empreendida pela autora, percorre desde o levantamento de insuficiências teórico-metodológicas polêmicas da disciplina até o descarte das abordagens sócio-culturais e políticas acerca do processo saúde-doença nas pesquisas epidemiológicas. Procura mostrar o entrave epistemológico de se lidar simultaneamente com conceitos que

emergem de indagações e perspectivas diferenciadas sobre o ser humano no mundo, assim como a dificuldade de se apreender e explicar, com o instrumental analítico limitado da disciplina, objetos de estudo dialeticamente situados. Sustenta, a partir de uma reflexão ética, a potencialidade e a premência de retomar configurações relacionais entre Epidemiologia, Saúde Pública e outros campos disciplinares: desse modo, haveria abertura de um universo de domínios conexos, propiciando a emergência de alternativas metodológicas ligadas à ampliação de problematizações socialmente relevantes nas investigações da área.

Na condição de organizadores da obra, e em função da significativa mobilização coletiva que ela exigiu manifestamos nosso reconhecimento a todos os colaboradores pelo compromisso no trajeto, rumo à sua produção. Foi principalmente do amparo de tais parcerias que resultou a concretização do livro que o leitor tem agora em mãos. Nessa direção, estendemos os agradecimentos a Luis Oswaldo Carneiro Rodrigues, o "LOR", talentoso ilustrador, que, com seu traço ímpar, qualificou o projeto gráfico da capa, potencializando com humor e inteligência as pretensões críticas do trabalho; e ao amigo e parceiro Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, por permanecer próximo, reconhecendo e apostando na continuidade de projetos comuns, e por repartir méritos.

Importante registrar ainda um especial agradecimento à Editus, pela aposta e acolhimento integral ao projeto do livro, que inclui a disponibilização simultânea de sua versão digital *on-line* gratuita (formato *open acess*). Tal fato amplifica o propósito maior desse empreendimento colaborativo/integrado que,

desde sua concepção, almejava 'retornar à sociedade' como legítimo produto público, resultante de investimentos dessa mesma ordem. Também dirigimos nosso reconhecimento ao Alencar Júnior, pela competência no manejo da editoração gráfica, e por sua disponibilidade profissional em acolher sugestões e superar as dificuldades com rapidez.

Fruto de todos esses movimentos, a obra SAÚDE COLETIVA: DIALOGANDO SOBRE INTERFACES TEMÁTICAS demarca uma intencionalidade nucleadora de esforços e preocupações epistemológicas e ético-políticas, atinentes aos muitos saberes e práticas que tangenciam, atravessam e tomam o campo sanitário como morada. O exercício de politizar conceitos e ideias em espaços de formação humana, implicados com as práticas sociais – seja na universidade, nos serviços públicos ou na gestão em saúde –, é estratégico para o processo de enfrentamento e resistência à medicalização da vida e às desigualdades nefastas que, cada vez mais, contaminam as esferas da coletividade humana.

Esperamos que as trilhas deixadas pelo conjunto de reflexões aqui reunidas conformem linhas de fuga à inércia pífia do pensamento dominante; e se mostrem capazes de provocar (no melhor sentido da expressão) um sentimento de inquietude intelectual, um desejo insurgente de ampliação das fronteiras de criticidade e das arenas sociais para o embate/debate que tais problemáticas clamam.

Marcos Bagrichevsky
Adriana Estevão

NASCE O CORPO! – UM TRANSCURSO HETEROGÊNEO

Fernando Hiromi Yonezawa
Hélio Rebello Cardoso Jr.

Surge uma noção

O espelho me diz da minha coxa, diz da gordura em minha cintura, dos meus olhos puxados. Ele dá noticia de nossa parte material. A cintura é roliça, as pernas saltam, chutam. Imediatamente, entendemos estar às voltas com o corpo, que falamos da carne, dos verbos cujo sujeito privilegiado é a corporeidade.

A tradição filosófica que distingue corpo e alma carrega em sua base a noção de que pensamento e vida estariam tanto mais próximos do amor verdadeiro quanto mais libertos dos prazeres corporais ficassem (FUGANTI, 1991). É um pensar que se perde e se manifesta de diversas maneiras na história da Filosofia.

Esse saber, porém, ao sustentar vários aspectos da cultura, da ciência e do modo de vida ocidental, trata, na realidade, de nossa constituição enquanto sujeitos. Mais que um resgate da temporalidade filosófica, estamos diante de uma história das maneiras de viver, de componentes culturais sólidos, das minúcias, mesmo as mais imperceptíveis e enraizadas de nossas formas de ser, pensar, agir, sentir.

Diante da pluralidade de trabalhos existentes sobre a temática, muitos parecem seguir sem se perguntar como essa noção de corpo, de materialidade, se contrapõe (ou se une) ao imaterial, à alma;

no entanto, tal imagem habita nosso pensamento, aparentando ser atemporal, natural. Intrigante essa ideia de corpo que tem sido passada desde sempre. Tem-se a impressão de que haveria uma espécie de significante central ao redor do qual as percepções históricas, culturais e filosóficas do corpo passaram a ser depositadas, agregadas, mudando-lhe a forma, mas mantendo um ponto fixo reconhecível.

Não importa se é a relação do corpo com a ginástica, na Idade Média ou Moderna, ou se tratamos do corpo dos chineses, dos bárbaros; ou, mesmo, se falamos de sua representação nas práticas indígenas, no trabalho operário. De todo modo, parece haver um significante que amarra e dá referência. Não falamos de uma estrutura, mas de uma noção mais ou menos definida e discernível, a qual permite saber do que se trata, quando se pronuncia a palavra "corpo". É um signo estranho, sem significante, sobre o qual, a todo momento, se conectam sentidos – *significante flutuante*: um signo paradoxal, ao mesmo tempo já significado e sempre assignificante, pronto a ser reconfigurado, inventado (GIL, 1997).

Essa ideia se constituiu como algo muito peculiar da cultura ocidental que nos distingue (TUCHERMAN, 1996); já nas sociedades chamadas de "arcaicas" (assim nomeadas apenas pelo fato de não serem europeias, ocidentais ou brancas), não existia algo que pudesse identificar o corpo, pois ele era tão imediatamente conectado à natureza, às águas, às árvores, à terra, à comunidade humana que não se construía uma linha sólida para diferenciar o "eu" do outro, fosse esse "outro" da natureza ou da própria comunidade. Não havia uma reflexividade especu-

lar tal como a nossa (do Ocidente) que, já naquela época, concebia o corpo como um ente representativo de autoidentificação, do tipo "eu = eu" ou "meu braço = meu corpo, pois meu corpo = meu corpo". Nesses casos, o corpo era sempre uma imediata alteridade. Essa noção de corpo, e sua imagem, chegaram às sociedades "primitivas" levadas por jesuítas do velho continente em suas missões de cristianização (GIL, 1997).

Podemos dizer que nas sociedades arcaicas a relação com o corpo era imediada. Não se tinha uma ideia delimitada acerca dele, não se impunha rigidez aos limites corporais, não se conhecia mediador preestabelecido para conexões entre os corpos, assim como não se tomava o corpo como marca da identidade pessoal. Ele estava sempre conectado a pedaços de matéria – ossinhos, cascas de árvores, folhas. No entanto, era a concretude da matéria que, paradoxalmente, possibilitava o processo constante de simbolizações (GIL, 1997), de circulação de sentidos abstratos múltiplos e multiplicantes, sentidos que eram depreendidos da própria matéria.

Nos processos de cura, por exemplo, colocava-se/retirava-se um pedacinho de folha no/do corpo do doente, para representar a eliminação da doença. As forças motrizes do mundo e do universo encontravam-se tão estreitamente próximas à corporeidade que não era possível falar do meio físico como algo exterior a ela. Em contato com a terra, em comunicação com as plantas, o corpo recebia e emitia energias que percorriam o Universo (GIL, 1997).

A matéria era condição para a circulação do invisível, do espiritual. O pedacinho de osso ou de

folha, na sua própria concretude, possuiria fortes poderes afetivos; de forma simultânea, enchia a matéria de sentido e a liberava na direção de novos "outros"; esvaziava-a, para que os sentidos pudessem continuar seus movimentos de circulação e multiplicação. O corpo era simultaneamente abstrato e concreto, onipresente e local (GIL, 1997), de modo que a percepção destacada de corpo, tal como a conhecemos, inexistia.

Outro aspecto interessante a salientar é o caráter não mediado das conexões, que explicava afirmava, porque cada fragmento de matéria, utilizado nas relações simbólicas, era tomado como insubstituível; ou seja, escolher um pedacinho de osso ou de algodão fazia diferença. Cada elemento material traria consigo propriedades energéticas diferentes e próprias (GIL, 1997). Assim, quanto mais mediada a conexão, maior seria a quantidade de elementos representados como metáforas, tornados atos genuínos de um tipo de afeto insubstituível. A imediação não ocorria por ausência de aspectos catalisadores da conexão, mas justamente por sua presença. A matéria era, ela mesma, sentido imanente; a noção de corpo inexistia, porque a matéria já era o sentido. Por outro lado, se o corpo não existia como conceito, não quer dizer que a matéria fosse dispensável; pelo contrário, o abstrato não é o que deprecia a matéria ou que não possui materialidade, mas é a presença da matéria, é o que está nela. O sentido não se desprende da matéria, ele se depreende dela.

Desse modo, a ideia de corpo enquanto imagem que todos temos cravados no coração de nossa constituição vem, na realidade, do legado grego

(TUCHERMAN, 1996) que separa uma realidade imutável, imaterial, da outra instável e concreta. Antes de se constituir apenas como um sistema de pensamento, a divisão do mundo em corpo material e almas abstratas representa a prática cultural cotidiana de uma coletividade.

Para Tucherman (1996), se por um lado, nas sociedades arcaicas os saberes e pensamentos estavam relacionados diretamente às conexões que os corpos de uma comunidade estabeleciam, por outro, a partir da constituição do que conhecemos por filosofia, tornou-se possível dissolver e evitar os efeitos trepidantes, intensos, dos corpos em conexão, justamente a partir da construção de sistemas de escrita e de pensamentos desvencilhados de suas vivências. O encontro entre os corpos, as danças, os rituais de passagem, sacrifício ou cura passaram, então, a ser representados apenas pela palavra escrita. A vivência concreta da corporeidade, dos seus encontros tornou-se idealizada, representada, tendo sido substituída por outra linguagem. O corpo poderia sair ileso e intocado dos encontros, como *um corpo asseptizado pela letra*. Dessa forma, criou-se uma via que *troca o fio tecido no corpo pela tessitura das letras* (TUCHERMAN, 1996).

Essa nova filosofia emergente na época fundou as cidades, as *polis*, passando de um cosmo habitado por entidades e mitos encarnados para outro geometrizado, calculado, uniformizado e habitado por representações. A divisão entre natureza e cidade tornou-se clara, dando origem à concepção de *cidadão*, indivíduo a ela pertencente. Na cidade, espaço recortado matematicamente com elementos bem de-

finidos e separados uns dos outros (TUCHERMAN, 1996), cada prédio, cada pilar, cada homem, ocupa seu lugar.

A coletividade pitagórica – uma pequena sociedade marginal dentro da Grécia – foi a primeira a negar a carne e definir uma imagem ou ideia de corpo. Nas polis gregas, o estatuto de cidadão estava intimamente ligado ao dever de participar dos sacrifícios; a recusa dessa prática social significava excluir-se da comunidade e, dentro de tal prática, a coletividade dos pitagóricos foi a primeira na história que recusou-se a viver o sacrifício e a ingerir alimento carnal. Participar dos sacrifícios, entregar-se à morte eram consideradas as maiores honra e virtude dadas aos homens heróicos (TUCHERMAN, 1996).

À recusa da participação efetiva dos sacrifícios, os pitagóricos agregaram ainda um sistema muito coerente de conhecimento, restaurado de um outro sistema de pensamento do Egito antigo, fundamentado por uma série de oposições binárias – ilimitado ou limitado, quente ou frio, repouso ou movente, retilíneo ou curvo – que, ao todo, formavam dez pares. A esse sistema, os pitagóricos acrescentaram sua interpretação, que organizava todas as oposições em um único par binário, a saber, *mesmo e outro* (TUCHERMAN, 1996).

Quando, simultaneamente, se adotou o sistema de oposições duais, como forma de organização do pensamento e a recusa da carne e do sacrifício enquanto prática social e cultural, criou-se a oposição entre morte e vida, entre carne e alma. A carne e a morte ficariam do mesmo lado do par dual e, em contrapartida, a alma passaria para o lado

da recusa do sacrifício; ou seja, para o lado da não morte, da imortalidade. Recusar a carne era, nessa medida, aceitar a imortalidade e não mais a morte. Mais que heróis, os homens que não morrem seriam igualados aos deuses, os grandes imortais.

A partir da recusa da carne nasceram provavelmente de forma inédita na história, uma imagem e uma noção de corpo, posto que, da carne-morte originou-se a imagem de corpo que perece, frontalmente oposta à imortalidade da alma (TUCHERMAN, 1996).

Somado a isso, há outra questão do cotidiano cultural da sociedade grega. Nas suas polis também se exibia o corpo como forma de comprovação do trabalho ativo que qualificava o cidadão. Tanto mais cidadão se era, quanto mais se possuía um corpo produzido, lapidado, sinal de labor consigo mesmo, de refinamento espiritual. Ele seria reflexo da aproximação de um ideal de perfeição, orgulhosamente mostrado em nudez (TUCHERMAN, 1996).

Essa ideia servia, portanto, como veículo do conceito de cidadania e do (auto)trabalho. Ao mesmo tempo, a cidadania estava intimamente ligada à diferenciação em relação aos bárbaros, os quais, por sinal, eram os únicos que cobriam a genitália. Nessa prática cultural grega também era dada grande importância à medicina. O agir do cidadão, a sua circulação na vida pública, a exposição corporal traziam a conotação de mostrar-se saudável, *modelizado e "julgado" por princípios agora externos a ele* (TUCHERMAN, 1996).

Foi assim que, socialmente, a partir das práticas cotidianas e dos pensamentos daquela sociedade

brotou uma noção muito específica. Podemos dizer que, com o surgimento de um corpo ideal, emergiu também uma noção de corpo. A leitura matematizada e geometrizada da natureza, feita a partir do pensamento pitagórico, aliada à prática de autorreferência, enquanto modelo de corpo de cidadão, possibilitou que se delimitasse, por um lado, uma totalidade sintética à figura do corpo e, de outro, que se criasse uma identificação do corpo consigo mesmo, modelando uma imagem especular.

Assim, o corpo tornou-se sinônimo de matéria, e essa, sinônimo de nossa identidade, *pois apenas o que possui uma imagem actual e totalizada se permite capturar no espelho* (TUCHERMAN, 1996). Essa imagem especular facilmente se transforma apenas em uma imagem, que não precisa necessariamente da presença viva daquilo que reflete. Imagem representável, que substitui o original. De dentro das práticas coletivas, nasceu tanto um modelo a ser alcançado – o ideal de corpo – quanto a sua imagem, transformada em ideia pura – absolutamente desencarnada e desmaterializada, que permaneceu viva em nossa constituição até os dias de hoje, mesmo tendo sido preenchida por diversas outras formas.

A corporeidade se tornou generalidade quimérica, amorfa e, paradoxalmente, estrutural, fixa. Emergiu um signo imaterial que definiria então nossa materialidade, os limites de nossa diferença cultural e de nossa presença diante do outro. O corpo se tornou coisa privada, tanto no sentido de que é particular (ao invés de coletivo e público) quanto no sentido de que foi privado do mundo, dos encontros, das conexões povoadas de sentido.

Enquanto noção abstrata, o corpo apareceu na história a partir da recusa da carne, para nos lançar, em definitivo, dentro do *modo ocidental de ser* (TUCHERMAN, 1996). Como objeto existente a priori, como concretude discernível e delimitável, ele mostrou-se como descoberta, coisa nova, coisa nossa, talvez estranha ao próprio corpo. Se esse primeiro ideal de corpo nu, belo e saudável constituiu uma representação ligada à carne, curiosamente, ela própria perdeu sua materialidade. Ao contrário da corporeidade das sociedades arcaicas, o modo de vida ocidental criou o corpo recortado de suas conexões, envolto e encasulado em sua representação narcísica.

Se o corpo dos primitivos inexistia por possuir uma multiplicidade de materialidades imanentes, em nós, o corpo existe, mas é abstrato e transcendente. Nossa cultura ocidental o fez conectar-se sempre em função, primeiro, da ideia de corpo; e em segundo lugar, das diversas formações de significação dadas a ele, atreladas às relações de poder e de saber. *Quem diz regime de signos, diz formações de poder* (GIL, 1997). O corpo se tornou *médium* das relações (TUCHERMAN, 1996).

Corpo e potências

A partir dessa primeira significação dada ao corpo, foi possível que se liberasse uma série de saberes e tecnologias para que agissem sobre ele. Desde que foi destacado, recaíram sobre ele um sem número de estratégias disciplinares que Michel Foucault percebeu que eram utilizadas, e as descreveu nas escolas,

conventos e fábricas; também se produziram grandes aglomerações de saberes especializados sobre ele – Medicina, Psicologia, Educação Física, Pedagogia.

Essa discussão, envolvendo as relações de poder, é algo que cabe explorar bastante, porém, mais adiante e em outro momento. Nossa intenção aqui, é a de estabelecer uma conexão filosófica entre o surgimento histórico da noção ocidentalizada de corporeidade, mas com vistas a "escapar" dela propondo uma alternativa deleuziana. Nesse sentido, caberia indagar: qual a relação existente entre o surgimento da noção de corpo e seu conceito trans-histórico, intensivo, paradoxal, tal como aquele postulado por Deleuze?

Assim, a noção de corpo precisa ser desnaturalizada na história como uma determinação. Por isso, a partir daqui tomaremos um desvio da rota traçada até o momento: entraremos numa alça de conceitos deleuzeanos relativos ao corpo para, ao final, trazermos uma possibilidade nova para a relação que constituímos culturalmente. Esperamos ser capazes de fazer diferir sensivelmente essa noção de corpo especular que nos constitui.

Pois bem, segundo nossos estudos sobre o tema, algo que parece bastante conectável à experiência corporal identificada na cultura arcaica é o conceito de virtual. Do ponto de vista etimológico, "virtual" provém do latim *virtus* e significa potência, poder, segundo Pierre Lévy. De modo geral, delimita sua significação por contraste à atual, do latim *actuale*; ou seja, o que existe no presente e pode ser determinado por sua realidade espaço-temporal (LÉVY, 1995). Contudo, para além das origens linguísticas, é funda-

mental situar sua direção conceitual, pois se virtual está em relação com o atual, resta saber de quantas maneiras essa relação pode acontecer.

Um conceito sempre parte de um problema filosófico que o caracteriza em definitivo. O problema do virtual é o de precisar a realidade de um objeto sem limitá-la ao objeto atual; ou seja, o problema de encontrar no objeto atual a sua transformação, o seu devir. Quer dizer, a noção de virtual inclui, na atualidade de um objeto, a sua potência, cuja natureza pode ser muito diversa da do seu estado atual. Virtual, portanto, sempre imprevisível, indeterminado. Deleuze que, numa fórmula, sintetiza uma longa reflexão sobre esta questão filosófica, afirmou em um texto que foi publicado postumamente: "*toda multiplicidade implica elementos atuais e elementos virtuais. Não há objeto puramente atual. Todo atual é rodeado por um nevoeiro de imagens virtuais*" (DELEUZE, 1996, p. 179).

Com efeito, tendo em vista a formulação acima, pode-se inferir que o virtual, para Deleuze, não é somente um potencial do atual, uma reserva dele, visto que, não havendo "objeto puramente atual", então o próprio objeto é também virtual. Dispõe de uma realidade que não é a sua realidade espaço-temporal, mas que também não transcende o objeto. Vamos a um exemplo ligado ao corpo.

O corpo humano dispõe de realidade virtual, segundo os termos anteriores e, para Deleuze, ela constitui um "*corpo-sem-órgãos*". O corpo virtual permite que o corpo atual e orgânico respire uma vida não-orgânica quando suas coordenadas espaço-temporais o sufocam. Em todo caso, o *corpo-sem-órgãos* envolve

o corpo orgânico com a realidade do virtual que dele faz parte. Como esclarece Orlandi,

> numa fluência intensiva, [...] numa imantação de linhas de fuga, em suma, os órgãos são intensificados de tal modo que se tornam, nesse entretempo aiônico, nesse entretempo de eternidade, independentes da "forma de organismo". Os órgãos entram num desfuncionamento intensivo nessa momentânea suspensão da funcional necessidade que os liga à forma orgânica (ORLANDI, 2004, p. 21).

Ora, se nos lembrarmos da maneira como se vivia o corpo dentro das sociedades chamadas primitivas, poderíamos dizer que, sendo os sentidos produzidos nas sessões xamânicas – por exemplo – as presenças na matéria, então seriam eles essas virtualidades simultâneas à matéria. O *corpo-sem-órgãos* como um composto de potências virtuais paralelas ao corpo atual, orgânico, seria também um corpo sem mediação, que não dependeria de uma noção de corpo para funcionar. Assim, as virtualidades constituintes do *corpo-sem-órgãos* seriam as aberturas mutacionais imanentes, que surgem no próprio corpo atual, como forma justamente de alterar a sua materialidade. Contudo, tendo em vista essa sumária caracterização do *corpo-sem-órgãos* como representação de potências imprevisíveis para o corpo atual, surge uma importante questão ética: como reconhecer que essa relação tensa entre o corpo atual e as virtualidades também expressa um problema para a vida e para a presença da noção de corpo que nos constitui?

Assim, se há uma ética que deva sanar essa questão, precisa partir de uma "etologia" relativa ao encontro dos corpos. Etologia representando uma ética

espinosiana: como classificação dos seres/coisas baseada na composição de ritmos, a partir da qual os corpos adquirem uma capacidade de ser afetados e de afetar e, por isso, atualizam a possibilidade do ser. Essa capacidade situa-se nas virtualidades imanentes aos corpos e objetos técnicos – corpo virtual do homem lança linhas de fuga ou desterritorializações em direção a novos modos de vida, já que

> o corpo-sem-órgãos [...] não é suporte e nem prolongamento do "organismo". Aí está um ponto a ser esclarecido: os corpos sem órgãos são imantações de linhas de fuga, como dissemos, são conjunções de fluxos intensivos que ocorrem, que acontecem nos encontros de corpos (ORLANDI, 2004, p. 20).

Então, o problema ético iminente é: "o que pode um corpo?" As convenções sociais, as leis, a responsabilidade civil, devem apreciar tal questão antes de nos fazerem perguntar: "como devo me comportar, quais regras devo obedecer?" (DELEUZE, 1981).

Desta pergunta ética desdobra-se uma questão ontológica que diz respeito à realidade do corpo: que concepção de corpo pode ser a base de uma ética? Talvez, Espinosa aponte uma solução mais apropriada, pois toda a sua obra filosófica pode ser vista como tentativa de reabilitar o corpo diante da ideia ou da alma, de modo que aquele não apresentasse déficit diante desta.

Corpos e ideias são existências em pé de igualdade. Em vista disso, em relação a todo privilégio da mente sobre o corpo, afirma Michael Hardt, sintetizando a maneira deleuzeana de lidar com as teses ontológicas de Espinosa, "*o corpo não é apenas*

formalmente independente da mente, mas é também igual à mente em princípio" (HARDT, 1993, p. 80).

Partindo dessa cláusula, Deleuze extrai a novidade trazida pelo pensamento de Espinosa quanto às implicações éticas dessa equiparação ontológica entre corpo e ideia. Tradicionalmente, quando a filosofia se dedica a questões éticas, está muito preocupada em saber se agimos corretamente, de acordo com alguma virtude ou relativamente a algum consenso, conforme valores humanos, adverte Deleuze, mas não se preocupa em saber do que um corpo é capaz, como o faz Espinosa (1983), pois

> agir absolutamente por virtude, não é, em nós, outra coisa senão agir, viver e conservar seu ser (estas três coisas significam o mesmo) sob a condução da Razão, segundo o princípio da procura da própria utilidade (SPINOZA , 1983, p. 49).

A pergunta sobre a potência de um corpo torna-se pertinente, uma vez que esse corpo disponha de um estatuto equivalente ao da ideia (DELEUZE, 1993). Caso contrário, estaríamos indagando em que a ideia ou a alma completam uma falta ou deficiência que se deve ao modo de existência dos corpos. A fim de que a questão prática seja uma extensão imediata dessa cláusula ontológica, corpos e ideias precisam atender às mesmas regras, muito embora suas propriedades sejam diferentes, visto que são modos diversos.

A ética espinosiana, então, compreende uma física dos corpos e das ideias, tendo em vista seus encontros. Sem esse aspecto, o que comumente

denominamos *ética*, para Espinosa, nada mais seria do que uma moral; uma moral onde estivesse em evidência algum tipo de precedência da ideia ou do espírito sobre o corpo, assevera Deleuze (1993). Tal equivalência se dá estritamente em virtude da relação entre objeto e ideia específicos que constituem a alma. Espinosa afirmou que "*o objeto da ideia que constitui a alma humana é o corpo, isto é, um certo modo da extensão existente em ato e nada mais*" (DELEUZE, 1993, p. 143). E não se pode atribuir à alma qualquer domínio sobre o corpo, pois, além de essa precedência não ser demonstrável do ponto de vista ontológico, também não o é do ponto de vista do senso comum, pois como argumentou Espinosa:

> o Corpo pode, pelas próprias leis de sua natureza, muitas coisas que causam admiração à sua Alma [...] Disso se segue que os homens, quando eles dizem que tal ou qual ação do corpo vem da Alma e que ela tem um império sobre o Corpo, não sabem o que dizem e não fazem nada mais do que confessar em uma linguagem especiosa sua ignorância da verdadeira causa de uma ação (SPINOZA, 1983, p. 251).

Desse modo, não haveria mais uma ideia de corpo, mas, ao contrário, um corpo que fabrica para si uma alma. A noção de corpo, com isso, pousaria das alturas representacionais para ser matéria imanente às potências virtuais. A representação de corpo, que funcionava tal como uma alma penada à procura de seu hospedeiro significante, aterrissa sobre o campo dos encontros entre os corpos. Tais conceituações, portanto, não só desnaturalizam a noção de corpo,

como trazem ainda um novo posicionamento para a relação que estabelecemos com o corpo; isso é, trazem a possibilidade da conexão imediata entre corpo e potência, até então "desconhecida" para nossa cultura.

A partir disso, passemos brevemente ao que nos diz Deleuze a respeito da união entre corpo e alma, costurando com uma linha sinuosa, o pensamento de Espinosa e Leibniz. Não há relação de precedência entre corpo e alma; se a pretensão é desvestir-se da moral, então não há hierarquia entre um e outro. Essa é a razão de alma e corpo serem iguais em princípio. Mas a resposta a tal questão não estaria, por outro lado, numa espécie de dualismo às avessas, na qual corpo e alma formariam um todo, uma unidade indistinguível, indivisível e monolítica?

Segundo o que Deleuze destaca no pensamento de Leibniz (DELEUZE, 1991), corpo e alma seriam dois movimentos diferentes, propriamente difusos um do outro, pertencentes a dois planos diversos, precisamente como dois *labirintos* (DELEUZE, 1991): "[a] *matéria é marmoreada e a alma é marmoreada, mas de duas maneiras diferentes*" (DELEUZE, 1991, p. 15). Não haveria, de forma alguma, um paralelismo retilíneo entre eles, assim como não haveria dualismo hierárquico e, menos ainda, um tipo de união indiferenciada, embora haja, sim, uma forma de indetectibilidade ou zona de indiscernibilidade entre estes dois movimentos, o que acontece na imanência entre corpo e alma.

É a proposta de Deleuze, através de Leibniz – um tipo de paralelismo que diz respeito à natureza, velocidade, temporalidade e mobilidade das forças que

compõem o que se chama corpo e o que se chama alma. Poder-se-ia dizer que o corpo faz vibrar um devir a toda alma, assim como toda alma tencionaria um virtual no corpo. Para o corpo, esses virtuais, vindos de partes fugidias da alma, só existem em ato, ou seja, somente no próprio encontro de corpos, no movimento imediato de produção de uma materialidade.

Já para a alma, esses devires corporais que a invadem existem na forma de surpresas ou de percepções tardias de um movimento infinitamente mais veloz que sua capacidade de sensação. Seriam duas linhas loucas, cada qual fazendo seus buracos e blocos, cada qual traçando seus movimentos e derivações, cada qual se multiplicando em direções determinadas tão somente por sua própria relação de velocidade e produção. Apesar disso, seriam, ao mesmo tempo, pertencentes a um mesmo plano, correriam como linhas por sobre um mesmo tabuleiro, "*um só e mesmo mundo* [...] *a alma e o corpo*, *cada qual à sua maneira ou segundo suas próprias leis*, *expressa uma só e mesma coisa*, *o Mundo*" (DELEUZE, 1991, p. 197).

Assim, o que haveria seria ainda uma terceira dobra, uma terceira linha, uma dobra entre as duas dobras (DELEUZE, 1991). Corpo e alma seriam movimentos difusos que, em certas temporalidades, realizariam encontros intensivos, regidos pelo acaso, necessidade, contingências complexas. Tais encontros seriam pontos de costura, ou enganchamento de um no outro, que aconteceriam de forma igualmente difusa, imprevisível, tanto quanto necessária. Seriam pontos múltiplos esparsos, de união específica, tópica; pontos de conexão, funcionando como atavismos,

acontecimentos saltitantes, tal como aparecem zonas de povoamento no deserto, ou como aparecem, nas placas de gelo, algumas bolhas distantes umas das outras. A terceira dobra entre corpo e alma poderia ser, justamente, os buracos de tempo e espaço cavados pela virtualização dos corpos orgânicos.

Então, não acontece de corpo e alma serem oposições e sim de, mais precisamente, serem duas superfícies contrastantes, tal como contrastam o azul e o preto sem serem opostos – uma relação entre corpo e alma que é de *um não ser sem negação* (DELEUZE, 2000). A terceira dobra entre dobras formaria, portanto, um outro corpo, uma outra contiguidade, constituída por pontos esparsos, mas conectados entre si. Seria uma terceira superfície, formada tão somente pelas virtualidades, ou potências do corpo. Esse corpo de pontos singulares ou de costuras seria o *corpo-sem-órgãos*, ou o corpo dos virtuais imanentes à realidade atual, o qual, a partir do próprio corpo atual, produziria encontros movediços entre outros (iguais), capazes de abrir canais novos ou *túneis de minhoca* nesta inteireza totalizada. Então, não há unidade entre corpo e alma, mas *dobradiça* ou *costura* (DELEUZE, 1991), singularizações.

Aqui, poderíamos fazer referência à noção de consciência do corpo proposta por José Gil (2004), segundo a qual, a consciência do corpo não seria um direcionamento da consciência para alguma parte um tanto esquecida do corpo, mas, pelo contrário, seria um estampido, ou um vacúolo, desta vez produzido pelo corpo sobre a planície da consciência. Tal consciência do corpo viria, justamente, do encontro entre os corpos, ou seja, da produção de *corpos-sem-órgãos*,

ou, ainda, da produção de virtuais presentes nos corpos estáveis e definidos no espaço-tempo atual.

A consciência do corpo seria um avesso da consciência, *a consciência do corpo é a impregnação da consciência pelo corpo* (GIL, 2004). Uma dobra ou corpo que é devir para si mesmo, é devir para a consciência. Quer dizer, se a alma é qualquer coisa que é ainda corpo, ele está primeiro em posição de afetar a alma ou a consciência. Ao mesmo tempo, sendo a alma coisa do corpo, seria então o corpo que estaria sempre afetando a si próprio. Corpo como dobra de um corpo. Corpos que violentariam as formações representacionais de corpo – os organismos – desterritorializariam não propriamente o corpo material, mas esta ideia de corpo-matéria especular, individual, idealizado. Tal contaminação da consciência pelo corpo é a contaminação de *corpos-sem-órgãos* sobre a consciência moral que, em nós mesmos, habita como desdobramento da ideia de corpo-matéria.

Essa nova proposição dos pontos de costura singulares entre almas e corpos é muito importante, na medida em que fornece, por exemplo, uma concepção de corporeidade completamente desvinculada da ideia moral de psicossomática. Em tal concepção psicossomática, há um corpo à espera das coisas vindas da alma – ou mente – numa relação causal; ou, contrariamente, se entende que somente os afetos não transformados em linguagem verbal se tornam manifestações físicas. O conceito de corpo dobradiço descola-se, portanto, de uma concepção que refere o corpo a uma alma supostamente oposta e geradora; libera-se o corpo como multiplicidade pura e diferença legítima.

Uma torção à noção de corpo

Assim, encontramos uma nova linha ética pertinente às nossas presentes discussões: a transformação do corpo-matéria em matéria-força, ou melhor ,a substituição da *matéria-forma* pela *matéria-força* (DELEUZE, 1991) que acontece nesses pontos de corporeidade virtual resistentes ao corpo-forma orgânico. Enquanto o corpo-forma corresponde a projeções impostas pela ideia de corpo-matéria, o corpo-força ou o *corpo-sem-órgãos* consiste na produção de limites diferenciais justamente para estas projeções. A produção de corpos-força seriam maneiras de **torcer** a representação orgânica de corpo, e não de solucioná-la, mas de fazer chuviscar, sobre ela, pontos de virtualidade; segundo a etimologia de Levy, pontos de potência – a potência corporal de desterritorialização. Seria o *corpo-sem-órgãos* um corpo imantado a seus virtuais, uma espécie de dobradiça capaz de abrir as comportas para a passagem de potências que transbordariam a ideia especular e narcísica que temos em nossa "ocidentalidade". Em suma, nosso corpo, ainda que na presença de uma imagem representacional, como a de organismo, não se limitaria a ela e estaria sempre acompanhado dos virtuais imprevisíveis.

Desse modo, diríamos que a noção de corpo especular, característica de nosso modo de vida ocidental, ganhou, contemporaneamente, a roupagem representacional biomédica de organismo. O grande conceito que mediatiza nossa relação com o corpo passou a ser o organismo. Contudo, por outro lado, podemos apontar os conceitos de dobra e de *cor-*

po-sem-órgãos como armas de desterritorialização do organismo – e da história que nos constitui – de transformação do corpo novamente em um campo imanente de potências e sentidos, tal como se via nas sociedades arcaicas.

Evidentemente, não se trata de "resgatar" a relação que as sociedades arcaicas tinham com o corpo, mas de ver nesse contraste uma possibilidade real de diferenciação ética e política da relação que se estabelece com o corpo em nossa cultura. Se o corpo nasceu, historicamente, como imagem, por outro lado, dele mesmo estão sempre nascendo corpos outros, virtuais, como potências inesperadas. Trata-se, por isso, de estabelecer, com o corpo, uma relação de potência, e não de mediação, que o reduziria a uma atualidade. Enfim, reencontraríamos nosso próprio corpo, dessa vez, para projetá-lo tão somente em direção à crueza dos encontros com outros corpos, dispondo-o às virtualidades. Ao corpo é devolvido o mundo e, daí, a imanência lhe é reabilitada.

Referências

DELEUZE, G. L'actuel et le virtuel. In: DELEUZE, G.; PARNET, C. *Dialogues*. 2.ed. Paris: Flammarion, 1996.

DELEUZE, G. *A dobra: Leibniz e o barroco*. Campinas: Papirus, 1991.

DELEUZE, G. *Critique et clinique*. Paris: Minuit, 1993.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição*, Lisboa: Relógio D´Água, 2000.

DELEUZE, G. *Spinoza: philosophie pratique*. Paris: Minuit, 1981.

FUGANTI, L. *A saúde: desejo e pensamento*. São Paulo: Hucitec, 1991.

GIL, J. Abrir corpo. In FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. (Orgs) *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

GIL, J. *Metamorfoses do corpo*. Lisboa: Relógio D´água, 1997.

HARDT, M. *Gilles Deleuze: an apprenticeship in philosophy*. Minnesota: University of Minnesota Press, 1993.

LÉVY, P. *Qu'est-ce que le virtuel?*. Paris: Éd. de la Découverte, 1995.

ORLANDI, L.B.L. Corporeidades em minidesfile. In: FONSECA, T.M.G.; ENGELMAN, S. (Orgs.). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

SPINOZA, B. *Éthique, démontrée suivant l'ordre géométrique et divisée en cinq parties*. Paris: J. Vrin, 1983.

TUCHERMAN, I. *Breve história do corpo e seus monstros*. Lisboa: Passagens, 1999.

EXPERIMENTAÇÃO E ENCONTRO INTERCESSOR: PRODUZINDO PISTAS PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL

José Geraldo Soares Damico
Luis Fernando Bilibio

É possível que uma pessoa tenha sentimentos como os meus e que a outra não tenha nada.
(Joyce, 1974, p. 94)[1].

Introdução

O texto que segue é tributário de outro artigo nosso, publicado nos *Cadernos de Formação RBCE*, intitulado "Carta a um jovem professor" (BILIBIO e DAMICO, 2011). Lá, fizemos uma provocação sobre um modo de escrita e de produção do conhecimento na educação física relacionado ao campo da saúde, que qualificamos de linear, sem espaço para tensionamentos e dúvidas e, por consequência, com demasiadas assertivas. Destacávamos também que esse tipo de produção, mesmo legitimado dentro de alguns parâmetros acadêmicos, significava algo mais parecido com *marketing* sobre "X". Em decorrência disso, apontamos o seguinte raciocínio:

[1] James Joyce é autor de *Ulisses* (2000), título que tomamos emprestado para dar nome ao protagonista de nosso caso-pensamento.

> "X" é bom para [...] as pessoas. Todas[os] deveriam fazer "X". Fulano em seu livro "Os benefícios do X", fala que "X" é bom. Beltrano escreve que "X" é ótimo. Ciclano concorda com os autores anteriores realçando que "X" é maravilhoso. Desse modo, concluímos em nosso trabalho que "X" é muito bom mesmo (BILIBIO e DAMICO, 2011, p. 94).

Naquele enfoque, "X" significava *atividade física*. No nosso entender, para a abordagem do tema tornar-se, de fato, mais legítimo e contextualizado na educação física, há necessidade de ser colocada à prova por outra(s) linha(s) de pensamento, adicionando-lhe certas doses de estranhamento, no sentido de permitir rumos inesperados e menos usuais de análise, tal como é a própria vida.

Num exercício semelhante àquele, tentamos explorar no presente ensaio outras possibilidades que não a do pensamento único. Escolhemos, parafraseando Emerson Merhy (2005a), *engravidar as palavras* e, porque não dizer, *engravidar nossas práticas*. Tentaremos fazê-lo, protagonizando o núcleo da educação física que se insere nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificamente, a aposta foi estabelecer algumas pistas para as práticas dessa área profissional, relacionadas à produção do cuidado na saúde mental.

Buscamos problematizar possíveis especificidades da educação física em tal nicho, sem cair em corporativismos desmedidos, preferindo o diálogo com outros núcleos e redes. É muito comum em nossas ações cotidianas de ensino-aprendizagem desenvolvidas na interface "universidade-serviços de saúde", as quais caracterizam as Residências Multiprofissio-

nais em Saúde[2], encontrarmos ansiosos professores de educação física recém-formados, que se manifestam dizendo o seguinte: *como*, *de fato*, *devemos intervir nos serviços de saúde mental? O que fazer (e de que modo fazer) 'na prática'? Quais são as especificidades das propostas da educação física para tal espaço?*

Este texto segue na direção, principalmente, desse último questionamento, mas sem a pretensão de responder tal pergunta. Fazê-lo seria como fornecer um mapa a ser seguido. O mapa tem a missão ontológica de mostrar o bom caminho; fornecer as coordenadas que, ao serem reproduzidas corretamente, levariam todo e qualquer fiel seguidor ao adequado lugar de chegada. Um mapa, por exemplo, com as coordenadas exatas do que pode e do que não pode, do que deve e do que não deve estar presente nas práticas do professor de educação física nos serviços de saúde mental. O mapa promete o caminho verdadeiro, algo que, no senso comum, as boas corporações também deveriam produzir e ter propriedade para tanto.

A certeza e a segurança de uma prática pautada e estabelecida rigorosamente têm sido características esperadas do (e prometidas pelo) profissional "capa-

[2] Já atuamos na gestão e na docência em programas de residência multiprofissional em saúde nas cidades gaúchas de Porto Alegre e Rio Grande. Atualmente, esses processos formativos se colocam ao lado dos tradicionais programas de residência médica por especialidade. Em diversos programas de residência multiprofissional está efetivada a presença de professores de educação física em coletivos multiprofissionais de estudo e trabalho em saúde, sendo a ênfase sobre saúde mental um desses espaços.

citado" da pós-modernidade. Os valores da racionalidade, da lógica e da ciência, marcas da herança contemporânea da história das profissões e suas especificidades, também configuram o desenvolvimento hegemônico dos saberes e das práticas da educação física.

Nosso caminho de análise busca colocar sob suspeição essa tradição, convocando e aceitando certo desconforto na jornada. Mas quais seriam as motivações para romper com ela? O que nos convocaria a manter uma convivência com a incerteza e a provisoriedade das verdades, relativas às especificidades de nossas práticas profissionais? Nossa suspeita inclina-se sobre a ideia de que precisamos de uma *atitude cartográfica* (FRANCO e MERHY, 2011), muito mais do que fornecimento de mapas: o comprometimento de fabricá-los em ato, numa implicação sensível ao processo de trabalho da produção do cuidado em saúde mental.

Adorno e Castro (1994) desenvolveram uma importante reflexão sobre a sensibilidade necessária aos procedimentos de pesquisas qualitativas em saúde; exercício que, no nosso entender, também pode ser deslocado para pensar as práticas do cuidado em saúde mental. Os autores afirmavam que a sociedade vem se complexificando e se fragmentando num processo de mudança que coloca, no mesmo cenário, antigas contradições e velhos problemas ao lado de novas questões a serem desvendadas e debatidas. Nesse cenário do mundo contemporâneo, o pesquisador (para ADORNO e CASTRO, 1994) ou o trabalhador de saúde mental (para nós) "*deve esforçar-se em aprender a lidar com o incerto, o descontínuo, o*

flexível, o plural e o escorregadio. Cada vez mais a velocidade e a fugacidade ganham terreno no espectro do conhecimento e da vida quotidiana" (Ibid. p. 181).

Na mesma direção, consideramos que a questão da *especificidade da prática* está colocada para todos os núcleos profissionais envolvidos na produção do cuidado em saúde mental. A incerteza, a descontinuidade, a flexibilidade, a pluralidade e o deslizamento do específico – com a sua inerente sensação de angústia – não são privilégios da educação física. Como tem sido preconizado por diversos autores (MERHY, 2005; CAMPOS, 2003; CECCIM, 2003), a tarefa de produzir atos de saúde não é mais exclusiva de algum núcleo profissional autocentrado, mas de todos aqueles chamados e dispostos a abrir sua caixa de ferramentas para estabelecer relações e encontros com os usuários do SUS.

No caso do núcleo da educação física – com o seu histórico militar e higienista de servir à ordem e à normatização dos corpos –, esse convite tem incitado questionamentos, ao problematizar os saberes que levam tal categoria profissional a eleger as ferramentas mais tradicionalmente conhecidas e respostas um tanto simplistas no contexto brasileiro contemporâneo da saúde mental. Não raro, esse núcleo tem preferido fazer uso das tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2005b; CECCIM e BILIBIO, 2007) que, por sua condição de produção, permitem a ele se perceber/ser percebido como "mais científico" nas relações com o restante da equipe de saúde e com os próprios usuários (e seus sofrimentos).

Em outra direção, pensamos que o mais potente para a produção de sentidos sobre a especificidade da

prática seja o exercício de estranhar o caminho mais seguro, realizando um desvio que priorize a constante metamorfose. Assim, propomos aqui ir da especificidade da educação física para a(s) singularidade(s) da produção do cuidado em saúde mental.

Dito de outro modo, nossa pretensão é considerar algumas descontinuidades, deslizamentos, dimensões da pluralidade que interagem na vida das pessoas submetidas a algum sofrimento mental e que, desse modo, também devem ser consideradas nas práticas de produção do cuidado – desafio multiprofissional e interdisciplinar –, para, daí sim, revisitar inventivamente as práticas culturais ligadas à educação física, quando são requisitadas e ofertadas, na condição de atos terapêuticos em saúde mental.

O caminho a ser percorrido tem por objetivo entrelaçar a desinstitucionalização da loucura e os processos de subjetivação que se forjam no contemporâneo, principalmente aqueles processos que ocorrem a partir de *encontros intercessores* (DELEUZE, 1992); encontros marcados pela experimentação em exercício de alteridade.

Abordaremos essa temática, a partir de quatro dimensões, a saber: *i)* Reforma Psiquiátrica e Reabilitação psicossocial; *ii)* Integralidade; *iii)* Clínica ampliada; e *iv)* Ato de saúde como encontro intercessor. Consideramos que a articulação pretendida pode ampliar o campo problemático da atenção psicossocial e contribuir para a invenção de novos saberes e fazeres, pautados no princípio ético-estético-político de expansão da vida – desafios também colocados para o núcleo profissional da educação física. Antes, porém, almejando dar maior densidade de afecção a

essa articulação temática, propomos o compartilhamento de um *caso-pensamento*.

O caso-pensamento do menino Ulisses

A utilização do caso-pensamento visa à composição de uma teia-conceitual (SIEGMANN e FONSECA, 2002), apostando numa estratégia de escrita inventiva, no lugar de relatar fidedignamente determinadas cenas de produção do cuidado em saúde mental. Assim, as situações a serem explicitadas emergem muito mais do plano intensivo da memória do trabalhador de saúde – como expressão de um desconforto, uma inquietação que quer falar –, constituindo um relato mais liberto em relação a um determinado fato em si.

O caso-pensamento aqui situado trata do acontecimento como coexistência do atual e do virtual (DELEUZE, 1996). Nessa perspectiva, o acontecimento nunca é algo absoluto, exato e dado, mas eternamente um *vir a ser*; podemos falar de mil formas sobre uma mesma situação. As marcas, as sensações, os signos vivenciados e estranhados no acontecimento são organizados no caso-pensamento como uma afirmação da memória de determinados elementos escolhidos-inventados, deflagrando uma direcionalidade possível e escolhida de problematização. Nesse caso, o emprego do caso-pensamento busca fazer emergir a intensidade dos temas *Reforma psiquiátrica* e *Reabilitação psicossocial*, *Integralidade*, *Clínica ampliada* e, *Ato de saúde como encontro intercessor*. Dessa maneira, seriam sinalizados aspectos relevantes

à educação física, tomada como área potencialmente contributiva à produção do cuidado em saúde mental. Segue, então, o conto de Ulisses.

Era uma tarde quente em Porto Alegre. Uma equipe multiprofissional de saúde caminhava pelas ruelas de uma vila, buscando aproximar-se das pessoas da comunidade, na busca de coproduzir atos de saúde. Em determinado momento, ao encontrarem as Agentes Comunitárias de Saúde, começaram a conversar sobre alguns atendimentos que estavam sendo trabalhados em parceria. A poucos metros desse grupo, na solitária, pequena e danificada escola de ensino fundamental da comunidade, uma cena inusitada começa a acontecer: um menino estava sendo arrastado para fora da escola por duas professoras.

Entre os gritos, era possível escutar frases tipo: eu quero ficar; tu tens que sair; quero meu lápis amarelo; enquanto tu não tiveres um responsável, tu não voltas; deixa-me ficar; sai! As professoras, com muito esforço, conseguiram arrastar o menino para a rua. Já fora da escola, de maneira desafiadora e irreverente, ele diz: Querem ver como eu volto? Com a agilidade de um felino, o menino pula a pequena tela de metal que separa a escola do restante da comunidade e volta ao pátio interno. Sua ira parecia sair por todos os poros do corpo. As professoras trancam o pequeno portão com um cadeado e, com passos apressados, já se direcionam à parada de ônibus mais próxima.

Sem pensar, o professor de educação física que fazia parte da equipe de saúde também pula a pequena cerca. Tenta se aproximar. O menino furioso, aos gritos e num choro convulsivo, chuta e esmurra a porta de uma das duas únicas salas de aula do prédio

velho de madeira. O professor se agacha, tentando ficar numa posição mais próxima ao menino e começa a falar em voz baixa: Como é o teu nome? Posso falar com você? Nada muda. O choro e a raiva intensa continuam. Os gritos de quero entrar também.

Algumas moradoras vizinhas à escola se aproximam e olham; já conhecem o menino. Falando para todos e para ninguém, em voz também bastante alta, elas dizem: Esta peste a gente já conhece! Só camisa de força pra dar conta deste louco! Vocês que são da saúde têm é que dar remédio e internar este guri medonho, pois aqui na vila ele só apronta!

O professor escuta os gritos das moradoras e os do menino. Que fazer? Como fazer algo? Ser mais enérgico com a criança? Mostrar quem tem mais força, assim como fizeram as professoras? Sem ter muita clareza e certeza, opta por manter a mesma posição e tenta outras frases acolhedoras e calmantes. Nada ocorre. Passa algum tempo, talvez segundos ou minutos. Em geral, nessas situações-limite não se sabe quanto tempo se passou. Os dois escutam um estouro.

O motorista que conduzia a equipe multiprofissional de saúde havia chutado com muita força uma bola de futebol em direção à pequena cerca de arame, e isso provocou um forte e estridente barulho. O professor e o menino – surpreendidos – olham para o outro lado da cerca. Veem o motorista já recolhendo a bola. Ocorre uma pequena pausa nas lágrimas e na fúria. Mas, imediatamente, tudo volta, e a porta da sala de aula começa novamente a sofrer os golpes da revolta. Um segundo estouro. Um novo chute na bola. Treme a cerca de metal mais uma vez. Mais uma pausa. Choro, raiva e gritos param. O menino olha

para trás, vê o motorista, com sua falta de habilidade futebolística, tentando dar algumas embaixadinhas. A criança vira novamente para a porta, vira em direção ao jogador, enxuga as lágrimas e diz: Tá bom; vamos jogar bola então!

Rapidamente, e com a mesma destreza, pula mais uma vez a cerca, porém agora em direção a um joguinho de futebol. O professor pula atrás. O menino pede a bola para o motorista e fala quase sorrindo: Vai pro gol que eu chuto! O professor pede para jogar também. Inicia a partida. Entre um chute e outro, também começa uma conversa.

O nome dele era Ulisses e tinha oito anos de idade. O pai e a mãe estavam mortos; ele, de morte matada, e ela faleceu logo depois por complicações da Aids e do uso abusivo de crack. Ulisses tinha dois irmãos: um irmão de 11 e uma irmã com 21 anos. Não os encontrava já fazia algum tempo. Não sabia dizer quanto. Ulisses passava o dia solto na vila. Frequentava a escola até aquele dia, mas já há algum tempo as professoras advertiam que – sem um responsável – a escola não poderia mais recebê-lo. Durante o dia, Ulisses fazia o que dava na cabeça e comia o que conseguia. À noite, ia para a casa da Dona Eulália, vizinha da mãe falecida, que lhe garantia um lugar para dormir, mas não sem antes tomar um banho: exigência da Dona Eulália. Alguns moradores não gostavam dele, outros providenciavam algumas peças de roupa para Ulisses, auxiliando Eulália no seu cuidado.

A equipe de saúde, ao conhecer melhor essa situação, procurou Dona Eulália a fim de articular algum apoio, para que ela legalmente ficasse como a responsável por Ulisses. Porém Dona Eulália tinha

quatro filhos, o marido estava desempregado e o único apoio que ela tinha condições de dar era oferecer banho e um lugar para Ulisses dormir – ela já estava fazendo mais do que podia. A equipe procurou o serviço de assistência social e o Conselho Tutelar da região para compartilhar a situação de Ulisses. Essas instâncias já conheciam o caso e já haviam inclusive solicitado, meses antes, abrigagem para o menino junto ao Juizado de Menores da região: o caso estava na mesa do juiz. A equipe de saúde também procurou a autoridade judicial visando acelerar alguma providência. Os auxiliares do juiz argumentaram sobre a lotação dos abrigos da cidade, fato que impedia qualquer resposta rápida.

A equipe começou a visitar Ulisses regularmente, dia sim, dia não. Buscou reunir todas as instâncias que se relacionavam com a situação – escola, posto de saúde, associação de moradores, serviço de assistência social – para tentar criar alguma novidade na vida do menino. Começava o ruído de que tudo o que poderia ser feito já estava acontecendo e que a equipe de saúde precisava trabalhar sua ansiedade; já estava se metendo demais em outras áreas.

Passaram-se algumas semanas. Ulisses continuava a aprontar dia após dia na comunidade. Um dia, já tarde da noite, o menino regressou à casa de Dona Eulália. O único bolso não rasgado da bermuda estava cheio de balas e chocolate. Como de costume, Dona Eulália exigiu que ele tomasse banho. Ulisses foi. Também como de costume, Dona Eulália foi recolher as roupas sujas de Ulisses. Naquela noite, ela levou um susto. A cueca de Ulisses estava suja de sangue e fezes. No outro dia, a equipe recebeu a notícia de que ele

havia sido abusado sexualmente. Dona Eulália, com medo de ser responsabilizada pelo ocorrido, não quis mais acolher o menino à noite. Três dias depois, surgiu uma vaga em um abrigo para menores da região.

Reforma psiquiátrica e Reabilitação psicossocial

Como produzir o cuidado da saúde de Ulisses? Por onde começar? De que maneira? Quais aspectos são centrais? Qual é o sentido de se indagar acerca da especificidade da educação física diante da situação de Ulisses? Como dimensionar o cuidado com as devidas exigências de sentimento-pensamento-ação que estão contidas nessas cenas? Habitando tais questões, entendemos a relevância de presentificar alguns aspectos da loucura e de sua terapêutica que, em boa parte, têm tradução na história recente da Reforma Psiquiátrica.

Desde o século XVIII, diferentes práticas e dispositivos de exclusão e controle vêm operando – e se sofisticando – em nossas sociedades; entre elas, a patologização do louco e da loucura. Transformada pelos saberes médicos em doença e relacionada com uma série de atributos que vão desde a alienação ao desajuste, à irracionalidade e à perversão, a problemática da loucura agrega um conjunto de práticas, concepções e saberes que, ancorado em uma dada moralidade e normalidade, busca isolar a loucura para estudá-la, tornando-a objeto de conhecimento científico (FOUCAULT, 1997). Nessa perspectiva, a raiva de Ulisses, sua conduta indomável, sua cotidiana desobediência poderiam ser categorizadas como algum transtorno mental.

Ao longo do tempo, o manicômio transformou-se na representação mais acabada dos processos de exclusão, controle e violência. Internar Ulisses, em nome de uma suposta loucura, seria uma opção pertinente? Os muros do manicômio escondem outro tipo de violência (física e simbólica) por meio de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos de produção e reprodução da loucura e da exclusão.

Contudo, a partir do final da década de 1960, iniciou-se um movimento de ruptura com o modelo manicomial, principalmente na Europa, com as experiências de desinstitucionalização da psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia. Esse movimento se materializou no Brasil nos anos 1990, ocorrendo em relação próxima (em identidade de valores e de práticas) com a *Reforma Sanitária Brasileira*, da qual resultou a criação do SUS. Os movimentos receberam diversos nomes, que foram reunidos em torno da consigna *por uma sociedade sem manicômios*. Trata-se de um movimento que reúne intelectuais, trabalhadores de saúde mental e associações de usuários e que segue buscando – mais do que derrubar os muros dos hospitais psiquiátricos e manicômios – ocupar-se em produzir um rompimento com determinados olhares e concepções acerca do louco e da loucura. Significa, também, desconstruir a negatividade patológica elaborada e articulada com noções e conceitos como a incapacidade, a periculosidade, a invalidez e a inimputabilidade (AMARANTE, 1988).

Além disso, nas ponderações de Abou-Yd e Silva (2003, p. 38), "*significa ainda mirar a cidade como*

o lugar da inserção e da possibilidade de ocupação, produção e compartilhamento do território a partir de uma cidadania ativa e efetiva". Este segue sendo um desafio contemporâneo que, do nosso ponto de vista, está intensamente presentificado no caso-pensamento compartilhado.

É nessa medida que vêm sendo construídas novas propostas de enfrentamento do sofrimento psíquico, nas quais a internação hospitalar, principalmente aquela prolongada, deixa de ser o eixo central na atenção em saúde mental. Em tal processo, os serviços substitutivos, a própria comunidade e a ocupação dos diferentes territórios coletivos apresentam-se como novos espaços terapêuticos a serem explorados em práticas inventivas do cuidado em saúde mental e que demandam a integração de diferentes políticas públicas de proteção da vida. Para nós, Ulisses precisaria, sim, de uma atenção a sua saúde, mas em uma perspectiva ampliada. No caso-pensamento compartilhado emergem não só necessidades de cuidado de saúde, mas também demandas de educação, de moradia, de alimentação, de afeto, de compreensão, de renda, de desenvolvimento de cidadania e coletividade, entre outras dimensões necessárias a uma vida digna.

No campo da saúde mental, a chamada Reforma Psiquiátrica é a reconfiguração dos saberes e das práticas do cuidado que incluem os próprios conhecimentos e procedimentos da medicina psiquiátrica, mas vão muito além, ao propor que o foco do tratamento se desloque da doença para a pessoa em sofrimento psíquico (em sua história de vida) e que a assistência ocorra com o usuário vivendo em seu

próprio espaço de convivência afetiva e social, minimizando ao máximo a necessidade de internações em alas psiquiátricas de hospitais gerais. Portanto, estamos falando da necessidade de integração das diversas políticas de proteção à vida humana, aspecto que ainda carece de significativos investimentos e avanços em nosso país.

Ao mesmo tempo, tal complexidade exige a implicação de todos os trabalhadores envolvidos nas necessidades ampliadas de saúde. Essa qualidade de implicação nos parece, infelizmente, ainda relegada a uma questão de segunda ordem, principalmente quando os núcleos profissionais mantêm uma relação de apego com suas tradicionais especificidades corporativas. Ou como dito em outro artigo:

> Frente à impotência de curar, os profissionais de saúde buscam se sustentar na onipotência do discurso científico-técnico, preenchendo os buracos da cadeia significante com um saber que pretende abranger a falha do sujeito, recobri-la com um nome (diagnóstico) e, em certa medida, resolvê-la (curá-la). Quando se procede assim, a repercussão nos sujeitos impede uma dose de prudência, uma vez que seu desejo de suturar o que dói é mais poderoso que a modéstia de quem tem a função do cuidado (DAMICO, 2011, p. 274).

Em outras palavras, a singularidade de Ulisses – e o que ela demanda de trabalho em saúde – é mais relevante do que universalizar a especificidade de cada profissão.

Também entendemos que, nesse contexto, se torna estratégico e fundamental a atividade profissional em equipe, conduzida de modo interdisciplinar,

visando à ampliação da rede de cuidados às pessoas que sofrem de transtornos mentais e/ou que estão em situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico: pela criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2003); pela inserção de novas práticas no cotidiano das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2005); e mediante a recente implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos quais se vislumbra a possibilidade de ter profissionais de saúde mental nessas equipes, incluindo professores de educação física (BRASIL, 2008).

Em muitas situações, a esses serviços de saúde chegam situações como a retratada no caso-pensamento. Assim, tais serviços – e suas equipes de saúde – devem promover respostas inventivas para expansão da vida das pessoas e dos coletivos. O eixo norteador da Reforma Psiquiátrica é o deslocamento do centro de atenção da instituição para a comunidade e para a cidade, onde práticas e concepções são transformadas, buscando-se não a cura, mas a produção de vida, de modo a reconstruir o sujeito histórico que o modelo tradicional reduz e simplifica (ROTELLI et al., 1990).

Diante desse desafio, é preciso salientar que, apesar dos avanços na constituição de serviços substitutivos de saúde mental, da inversão hospital-doença para sujeito-comunidade, há uma série de movimentos de resistências – tanto por parte dos complexos biomédicos-hospitalares-farmacêuticos, quanto aqueles relacionados aos aspectos disciplinares e corporativos, ainda presentes nas formações de determinados núcleos profissionais. Por vezes, eles acabam por transformar serviços substitutivos em versões meno-

res dos manicômios, produzindo novas cronicidades ou retirando qualquer pessoa com algum transtorno mental diagnosticado das ruas, numa clara política neo-higienista.

A Reforma psiquiátrica e a consequente Reabilitação psicossocial[3] são entendidas como fenômenos processuais complexos da sociedade, que se configuram na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e interrelacionadas. Essas, por sua vez, envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em suas nuances e em sua totalidade. Parece-nos evidente que o processo da Reforma psiquiátrica é intrincado e abrange as dimensões epistemológicas ou teórico-conceituais como novas categorias, para pensar o fazer e dar-lhe suporte; "*uma prática à espera de teoria*", como dizia Saraceno (2001, p. 32). Pensamos que a materialização singular do ideário dessa Reforma invade – ou deveria invadir – as especificidades profissionais da saúde.

Integralidade e Clínica ampliada

Outra noção que compreendemos como fundamental para aprofundar esta análise é a perspec-

[3] O conceito de *Reabilitação psicossocial* considera fundamentais as circunstâncias em que vive a pessoa com transtorno mental e procura estabelecer melhores negociações entre as necessidades dos usuários e as oportunidades do contexto (Pitta, 2001).

tiva da *Integralidade* da atenção à saúde. Quando entendida como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, a *Integralidade* habilita os sujeitos a engendrarem novos arranjos sociais e institucionais em saúde, configurando uma produção do cuidado com maior potência resolutiva. Desse modo, toma-se a noção de cuidado como uma ação integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito, a partir de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO e GUIZARDI, 2008). Mais uma vez, *pensar-sentir* com Ulisses é constatar diferentes e importantes necessidades que incluem a saúde, mas não se esgotam nela. Educação, moradia, renda, afeto, lazer, cultura, esporte e outras necessidades também emergem intensamente do caso, porém sempre em configuração singular. Entendemos que diferentes Ulisses implicam e demandam distintas composições, fluxos e priorizações da rede intersetorial de proteção da vida.

A partir dessas noções diversificadas, percebe-se que a produção do cuidado dirigido aos sujeitos com transtornos mentais, no âmbito das comunidades e dos territórios, representa um campo fértil para a afirmação da *Integralidade* no campo da saúde mental. Demanda-se aos profissionais das equipes a construção de práticas que corroborem tais pressupostos; e, claro, o desafio também é colocado aos professores de educação física.

Nessa direção, surge a perspectiva do trabalho em saúde como o desenvolvimento de uma *Clínica ampliada* e um projeto terapêutico singular. Nesse

contexto, *Clínica ampliada* traduz uma dimensão conceitual que expressa modos de produzir mutações na atenção individual e coletiva, na medida em que busca considerar outros aspectos do sujeito usuário – e não apenas o biológico – pelos trabalhadores de saúde. Nas palavras de Gastão Wagner de Campos (1991), a *Clínica ampliada* diferencia-se porque

> [...] o modelo hegemônico de produção do cuidado, centrado em especialidades, na medicalização e no enfoque curativista, permite um distanciamento da singularidade e da subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico-terapêutico, dificultando a percepção dos fatores que possam estar relacionados ao adoecimento. A clínica ampliada, nesse cenário, surge como instrumento para a mudança da produção do cuidado, já que esta inclui, além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabiliza tanto com a cura e a reabilitação quanto com a prevenção e proteção individual e coletiva (CAMPOS, 1991, p. 36).

Na situação de Ulisses, *Clínica ampliada* significa levar em conta as relações de poder, os desejos e os interesses do menino usuário, além de um conjunto de forças que pode ser sintetizado pelas necessidades sociais e instituições envolvidas. Seria justamente pela combinação desse conjunto de forças imanentes que poderia resultar um projeto terapêutico singular.

A produção do cuidado em saúde é complexa, uma vez que nós, trabalhadores de saúde, assim como os sujeitos usuários, também somos atravessados e tensionados pelas mesmas forças imanentes. No entanto, carregamos uma mochila de saberes específicos que nos coloca numa posição diferenciada, e hierarquizada diante deles.

Portanto pensar uma análise para a situação *vivida* por Ulisses significa levar em conta todos os determinantes do processo saúde-doença, como: a ausência de moradia; de pais, familiares ou responsáveis legais que, invariavelmente imersos na mesma condição de vulnerabilidade social, não conseguem dar conta dele; uma escola e uma comunidade que o rejeitam e o excluem; além dos dispositivos estatais morosos, pouco articulados e de baixa resolubilidade, que o deixam à margem da sociedade, entregue à própria sorte.

Campos (2003) destaca a importância da dinâmica do saber e da ontologia das doenças na prática clínica:

> Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um Ser com vida própria. [...] Toda padronização, toda programação e todo planejamento implicam em supor um mundo de regularidade. Um mundo em que as doenças seriam a mesma em cada uma de suas múltiplas manifestações, um mundo em que estas variações jamais destruiriam a identidade da doença, ou do problema institucional ou social enfrentado por estas formas de práxis (CAMPOS, 2003, p. 53).

Analisar a cena de Ulisses é reconhecer as dimensões individuais e coletivas comprometidas com esse plano de produção. Isso nos leva a propor e assumir a dimensão política da *Clínica ampliada*, como uma aposta na força da intervenção nos processos de produção da vida, os quais não se aplicam às regularidades e à proteção das paredes de laboratórios ou hospitais. É possível supor, por exemplo, que outro

menino, submetido aos mesmos determinantes sociais a que Ulisses esteve exposto, poderia reagir de maneira diametralmente oposta, ficando deprimido ou até se juntando a outros meninos que vivem na rua, no centro da cidade. Ulisses não age assim; ele nos provoca, não sai daquela comunidade, exige ser aceito, cuidado e acolhido. Como nada disso é feito, seu sangue e seu sofrimento jorram e implodem em nossa cara, não deixando dúvidas quanto a nossa incompetência. Nessa perspectiva, o nosso Ulisses demanda uma composição singular em sua produção do cuidado. Exige o exercício de uma inteligência coletiva – da equipe e dos diferentes serviços – em intenso exercício de alteridade com o seu modo de viver e as forças configuradoras das circunstâncias de sua vida. Exige um projeto terapêutico singular.

Se, por um lado, a *Clínica ampliada* nos convoca a lidar com a multiplicidade de fatores envolvidos nas diferentes necessidades de saúde, por outro, o projeto terapêutico singular nos convoca a lidar (pensar-sentir-agir) com a diferença de cada situação humana. Ulisses não é o único menino órfão submetido a uma vida tão precária e perversa. Geralmente nossos diagnósticos disciplinares tendem a tornar homogêneo o que é múltiplo. Em nosso caso, essa tradição disciplinar poderia gerar uma prática de cuidado universalizante do tipo: *para meninos órfãos, sem proteção e expulsos da escola recomenda-se tal procedimento*. Importante considerar que essa lógica de construção do cuidado pode, inclusive, ser multiprofissional (composta por vários saberes), o que garantiria maior legitimidade e veracidade ao arranjo a ser desencadeado.

Na perspectiva do projeto terapêutico singular, é condição potencializadora da produção do cuidado a disponibilidade dos trabalhadores da saúde para conhecer e ser afetado pelas nuances e intensidade da história de vida de Ulisses; uma história única, singular. Trata-se da disponibilidade de indagar (e de se indagar): Como a perda dos pais afeta Ulisses? Como ela me afeta? Como a falta de proteção ameaça Ulisses? Como me ameaça? Como a expulsão da escola agride Ulisses? Como ela me agride?

Acreditamos que esse exemplo de exercício de sentimento e pensamento deveria marcar a composição de um projeto terapêutico singularizado em experimentação de alteridade com as pessoas que necessitam de cuidado. É nessa direção que a produção do cuidado em saúde mental – e, provavelmente, não somente nessa área – nos coloca e convoca para uma atitude ética, estética e cartográfica no trabalho em saúde.

A cartografia da qual falamos no início deste texto, se refere justamente a uma viagem; todavia, um tipo especial de viagem, aquela que, muitas vezes, tememos por nos fazer duvidar do instituído, das verdades preestabelecidas. A viagem do cartógrafo exige mais que uma metanarrativa ou um roteiro linear do tipo teoria, métodos e técnicas pré-definidos. Ela reclama uma atenção especial a todos os passos da caminhada.

Kastrup (2010), ao problematizar o funcionamento da atenção na jornada do cartógrafo, lembra que um dos desafios desse trabalho ético e estético é "*a questão de onde pousar a atenção*" (p. 35). Trata-se do desafio de saber onde prestar mais atenção, o

que priorizar diante da relevância, da multiplicidade e da intensidade da paisagem. Sem cair na tentação de produzir respostas totalizantes, a autora fala da necessidade de uma "*atitude atencional de ativa receptividade*"; *uma atitude aberta aos signos*, *às sensações*, *às imagens*, *ao mundano presente em cada ato*, *sendo "especialmente interessantes quando expõem um problema e forçam a pensar*" (p. 39). Forçar o pensamento até os seus limites, estrangular o nosso raciocínio disciplinar foi nossa aposta, a partir do conto que Ulisses protagoniza.

Ousamos trazer à tona um caso-pensamento que anuncia um tremendo e impactante fracasso, algo que não é comum nos registros de situações terapêuticas. Nós o fizemos motivados pela convicção de que é fundamental provocar um desconforto que implique nossa atenção para as limitações dos nossos saberes e práticas já convencionados, pois, como já dissemos antes, "*determinada vontade – por exemplo, a vontade de afirmar a positividade de X – somente se fortalece na adversidade. No encontro com a diferença*" (BILIBIO e DAMICO, 2011, p. 94).

Foi justamente por desejar habitar as fronteiras do ignorado, que tomamos o anunciado fracasso no cuidado de Ulisses, como uma oportunidade de aprender, com aquilo que desconhecemos, e nos vacinarmos contra nossa suposta erudição ou certeza. Cibele Melo (1997), a esse respeito, vai além:

> Não devemos tomar os fracassos só como falhas transitórias. Isso seria apenas um exercício de legitimação de alguma teoria, espelhando a insistência de entronizá-la como infalível, protegendo sua "imunidade diplomática". Tomemos os fracassos

> como flashes, acenos do desconhecido, em direção aos quais podemos caminhar (MELO, 1997, p. 146).

Entendemos como um campo marcado pelo desconhecimento – ou, ainda, um território, no qual o que já conhecemos tem pouca serventia – aquele denominado *encontro intercessor*, aspecto dos atos que configuram a produção do cuidado em saúde (MERHY, 2005b). Conforme já anunciado, acreditamos que problematizar essa qualidade dos encontros em saúde pode favorecer a proposição de algumas pistas também para a intervenção do núcleo de educação física.

Atos de saúde como encontro intercessor

Sérgio Arouca é considerado um dos principais personagens da Reforma Sanitária Brasileira. No capítulo 7 do livro oriundo de sua tese de doutorado[4], intitulada *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* (AROUCA, 2003), analisa a articulação da Medicina em geral com a sociedade, e desenvolve suas ideias, percebendo que "*a unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina, é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas*" (p. 78). Entende esse encontro como uma relação "*que se dá em um espaço especializado para suprir*,

[4] A tese de Sérgio Arouca foi defendida em 1975 na Universidade Estadual de Campinas e representa um dos textos referências da Reforma Sanitária Brasileira.

resolver ou atender a esse conjunto de necessidades denominadas doenças" (p. 219).

Ao comentar a escolha do enfoque feita por Arouca, Sonia Fleury (2003) entende que, dessa unidade, surge uma ampla análise sobre as relações entre as práticas biomédicas e a sociedade, nas quais, em uma das pessoas do encontro, "*o sofrimento se manifesta como necessidade de cuidado por parte de outra, que é socialmente determinada e legitimada para tanto*" (FLEURY, 2003, p. 222). A autora segue seu comentário, percebendo que esta "*simples relação entre duas pessoas está prenhe de significações sociais*" (p.243). Para Fleury, uma das significações sociais para as quais Arouca lançou luzes é "*a especificidade das políticas sociais, que residem, exatamente, nessa relação singular entre dois sujeitos sociais*" (p. 243-244).

Emerson Elias Merhy é outro pensador importante da Saúde Coletiva, que problematiza as práticas de saúde como produção do cuidado individual e coletivo. Em seu livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (MERHY, 2005b)[5], delimita seu tema, afirmando uma reflexão sobre "*o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, tomando como referencial a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato*" (p. 13).

Trata-se de examinar as forças instituintes que estão em ação nos processos de trabalho em saúde, principalmente aquelas que relutam em produzir mudanças, seja em função dos interesses corporativos,

[5] Publicado originalmente em 2002, traz textos elaborados ao longo das décadas de 1990 e 2000.

seja do modo como as representações de determinados saberes são produzidas. Em geral, se materializa com a

> [...] convicção de que a linha terapêutica será mantida se cada um fizer a sua parte bem feita (@ pediatra, @ assistente social, @ fisioterapeuta, @ professor/a de educação física etc.) é uma ficção que faz a prática clínica equivaler a uma linha de montagem industrial em que cada operário coloca a peça e ajusta a porca correspondente. Desconhece-se, assim, que o paciente humano excede o "mecano" e se articula numa subjetividade que lhe dá suporte e que fundamenta a própria prática cuidadora (DAMICO, 2011, p. 282).

As mutações em termos da produção do cuidado, a partir da micropolítica do trabalho vivo, atravessada por certas intencionalidades no ato de cuidar, permitem operar na assistência, com sentidos diferentes dos que existem nas lógicas hegemônicas, pautadas em procedimentos padronizados, pois possuem uma ação voltada ao campo de necessidades dos usuários.

Múltiplas tentativas de mudança nos serviços de saúde têm sido conduzidas nesse sentido, as quais vêm investindo na reorganização do processo de trabalho, com outros modos de agir com os usuários, os quais valorizem o sujeito e não seu diagnóstico, instaurando práticas acolhedoras nos serviços, de forma a abrir espaços de diálogo nas relações assistenciais e de cuidado.

Na atenção à saúde mental, pensamos ter condições de lançar mão de outras tecnologias, de outras ferramentas. Para tanto, seria preciso seguir as palavras das autoras a seguir:

> Pensar sobre a loucura nos leva a pensar sobre nós mesmos, pois a loucura pode ser o outro, e pode ser o outro de nós mesmos. A loucura assume aqui o sentido de alteridade, de um estranhamento que nos é tão distante e, ao mesmo tempo, tão próximo [campo das forças do *fora*]. Nesse sentido, somos constituídos por esse estranhamento, mesmo quando o conjuramos (MACHADO e LAVRADOR, 2007, p. 80).

Sendo assim, indicamos que a produção do trabalho vivo em saúde é dependente da experimentação e da sensibilidade do trabalhador no encontro intercessor (exercício da alteridade) com aquele usuário que está em sofrimento psíquico. Essa qualidade relacional do encontro em saúde está intimamente implicada em alterar os modos de pensar-propor-fazer determinados elementos de práticas culturais (para o uso clínico da cultura corporal em saúde mental), aumentando a possibilidade de produção de deslizamentos e/ou mudanças de posições no sujeito em sofrimento psíquico.

No texto *Os intercessores*, Deleuze (2002) fala da importância das interferências, principalmente em dias como os nossos, em que "*o pensamento anda mal*" (p. 151). O autor começa o texto abordando os esportes e privilegiando os novos esportes de então: o *surf*, o *windsurf* e a asa-delta; práticas esportivas que implicam o "*se jogar de cabeça no mundo*", em "*inserção numa onda preexistente*" (Ibidem). Nesses esportes, o "*fundamental é como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande vaga, de uma coluna de ar ascendente, chegar entre em vez de ser origem de um esforço*" (Ibidem). Expor-se e expor nesse *entre*, mutar-se e provocar mutação no *entre* é algo inerente ao *inter-espaço* do encontro intercessor.

Deleuze, quando fala em seu trabalho intercessor com Guattari, afirma que "*cada um é falsário do outro, o que quer dizer que cada um compreende à sua maneira a noção do outro. Forma-se uma série refletida, de dois termos. Não está descartada uma série de vários termos*" (Ibidem, p. 157). Mergulhando de cabeça nas intensidades da vida de Ulisses, uma sensação intensifica-se em pensamento: precisamos trair o já sabido, as certezas bem sólidas, bem-intencionadas e já preestabelecidas sobre o que produzir em tais situações da existência. Mas propor uma traição em que sentido? Em Deleuze, está presente a afirmação na qual o sentido de "*uma proposição é o interesse que ela apresenta, não existe outra definição para o sentido. Ele equivale exatamente à novidade de uma proposição*" (DELEUZE, 2002, p. 162).

Compreender e recortar, aqui, parte do encontro com Ulisses como intercessor significa que estamos orientados por uma cartografia que utiliza o encontro como espaço/dispositivo, um lançar-se em mar aberto, sem objetivo de chegada ou ponto de partida, sentindo a intensidade das múltiplas afecções desse constante movimento – em que o corpo em conexão/relação com essa ambiência é atravessado por um devir intenso, no qual o essencial é o percurso em si.

Nesse percurso, vale a pena retomar parte da cena com Ulisses: no auge de sua pulsão e fúria com a escola, com as professoras, enfim, com a vida, nada mais lhe interessa além do lápis amarelo, ao qual faz referência. Quando surge a bola – ou melhor, quando a bola é chutada – uma primeira vez, não é suficiente; só quando é chutada pela segunda vez que a atenção de Ulisses é roubada, desviada, falseada, seu

desejo é capturado, outro objeto, que não o lápis amarelo, é oferecido em seu lugar, trata-se de uma outra melodia e um outro acontecimento. A bola foi intercessora, configurando outro entre.

Ainda que pudéssemos tomar o jogo de bola com Ulisses como fruto de uma habilidade, de uma sensibilidade específica do professor de educação física, tal sensibilidade esteve em primeiro lugar com o motorista que, com seus saberes, introduziu o objeto bola. O motorista foi outro intercessor, outro entre. Só nesse segundo tempo, é que podemos dar crédito ao professor que, ao perceber o desvio que emerge pela presença da bola, entra em cena, vira jogador, goleiro, narrador. O mesmo ocorre com Ulisses, e ambos se ligam, visceralmente, reconfigurando suas potências para afetar e serem afetados por outras melodias. Por minutos, o que ocorre é jogo de bola, os chutes, os gritos de gols, as disputas e aos poucos a palavra vai se estabelecendo (outro espaço intercessor). Ulisses começa a falar de sua vida, de seus encontros e, principalmente, de seus desencontros.

Acolher a dor na situação de Ulisses é tomá-la como uma das produções intensivas da vida, entre várias outras afetações e potências. A dor é vida pedindo passagem. E o processo de cartografar esse encontro é, ao mesmo tempo, um encontro com o que em nós é afetado. Enquanto efeitos de viver, as dores são singulares e coletivas. O trabalho vivo é enfrentar o pedido de ajuda e combatê-lo, enquanto expressão de uma vontade que diz nada poder.

> Não há possibilidade de encontro se não há igualdade de potência, ou seja, se os articuladores dessa cena não enfrentam as diferenças, partindo de po-

> tências que equivalem [...] toda vida tem potência que se exerce nas articulações que capacitam modos de vida, os mais diversos (MUYLAERT, 2000, p. 35).

Assim, entendemos o encontro em saúde como espaço-dispositivo pautado de implicação ética-estética-política. Ética, porque se propõe a pensar a vida, deixando de lado valores de verdade e julgamentos *a priori*, considerando as pessoas em relação. Estética, na medida em que concebe a *vida como obra de arte* (DELEUZE, 2002) e, dessa forma, produz outros modos de pensar, sentir e estar no mundo. Política, a partir da afirmação dos processos coletivos, múltiplos e heterogêneos que atravessam cada existência, tendo contornos nas práticas sociais.

Essa qualidade relacional do encontro em saúde está intimamente comprometida em alterar os modos de pensar-propor-fazer determinados elementos de práticas culturais (para o uso clínico da cultura corporal em saúde mental), aumentando a possibilidade de produção de deslizamentos e/ou mudanças de posições no sujeito em sofrimento psíquico. Ressaltamos, ainda, que é possível inferir que a qualidade intercessora do encontro pode ser potente nos atos terapêuticos, propostos a partir do núcleo da educação física, mas, seguramente, não é sua exclusividade, pois a música, o teatro, a literatura, o cinema, e afins, também carregam potência intercessora.

Pista final

Com esta última pista, queremos chamar a atenção para aquilo que ocorre na fronteira das pro-

fissões; tradicionalmente, não temos sido formados para pensar-sentir-fazer, e nem habilitados, regularmente, para praticar. Ao mesmo tempo, pretendemos chamar a atenção para o que é demandado por um processo de trabalho em saúde, interessado em afirmar a multiplicidade da vida, comprometido com os interesses dos usuários – e não das corporações – e, desse modo, um processo de trabalho proposto à singularização dos atos terapêuticos.

A aposta que queremos compartilhar é a de singularizar as práticas do trabalho de educação física em saúde mental, no lugar de estabelecer sua especificidade profissional. Singularizar para não especificar. A singularização é composição mutável com o mundo (BILIBIO, 2009); uma determinada aglomeração, um arranjo de elementos sentidos e pensados em ato e que se atualizam no encontro intercessor com a pluralidade de necessidades de saúde. Atos de saúde que ocorrem no embate, no jogo, na luta do um e do múltiplo. Para a questão de qual é a especificidade da prática da educação física na saúde mental, a aposta é de singularizar as práticas em encontros intercessores, na multiplicidade de histórias de vida marcadas pelo sofrimento psíquico. Singular e específico têm tradições semânticas semelhantes. Contudo, é necessário afirmar uma diferença de sentido dos conceitos e que fala da desconexão ética e estética entre as duas práticas.

A especificação está ligada ao dizer *NÃO* à diferença. É a partir da reação negativa ao diverso – do *NÃO* à vida – que determinada prática se especifica. Em outras palavras, a especificação entra em luta com a multiplicidade, buscando a conservação indi-

vidual, a permanência de uma suposta exclusividade. Uma ética e uma estética profissionais que determinam e delimitam, por exemplo, onde começam e onde terminam saberes e práticas que supostamente pertencem somente aos iniciados e diplomados em educação física. Já a singularização é sintonia com a multiplicidade da vida – porosidade ao vir a ser –, buscando a potência. Numa relação de forte alteridade, a singularização incorpora a diferença; diz sim à multiplicidade da existência.

Em nosso caso, as práticas singulares de trabalho atualizam-se em encontro intercessor e em agenciamento com a pluralidade das necessidades de saúde mental. As práticas profissionais especificadas conseguem, no máximo, tolerar o estranho; as práticas de trabalho singular compõem com o inusitado. Nas palavras de Dorea (2002, p. 104), singularizar é estar traçando, para si, outras "*singularidades em cada encontro e não apenas tolerar o outro*".

A especificidade profissional somente sofre alteração (diferença) por desfiliação, seguida de uma nova filiação; abandono de um paradigma por outro paradigma. O específico de determinada prática profissional pode, hoje, ser um e, amanhã, ser outro diferente. Entretanto, tal alteração da especificidade ocorre numa ética de subordinação ao instituído, numa lógica do tipo *o profissional correto segue o que está estabelecido*.

A dinâmica da singularização das práticas ocorre nas alianças do protagonismo; a heterogênese da micropolítica que é continuamente configurada e desconfigurada, gerando o inominável no processo de trabalho em saúde; inventividade necessária aos

atos de saúde para uma maior aproximação com a pluralidade de respostas que a vida exige. Tratar-se-ia, então, de um processo de trabalho em saúde, que convoca o trabalhador para a experimentação de si, acolhendo a diferença e compondo protagonisticamente o cuidado em saúde mental.

Sempre seria outra prática de educação física, pouco ou bastante distante da anterior, mas implicada com a intensificação da vida dos sujeitos e coletivos, em relação. Aos desavisados, é preciso dizer ainda que as práticas singularizadas de educação física, como atos terapêuticos em saúde mental, e como ética e estética de trabalho, exigem estômagos fortes e coragem!

Referências

ABOU-YD, M.N.; SILVA, R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

ADORNO, R.C.F.; CASTRO, A.L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2, p. 172-185, 1994.

AMARANTE, P. (org). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.

BILIBIO, L.F.S. *Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde*. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 191p.

BILIBIO, L.F.S; DAMICO, J.G.S. Carta a um jovem professor. *Cadernos de Formação RBCE*, v. 2, p. 92-103, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Circular Conjunta n. 01/03, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, 25 jan 2008.

CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2003.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. WACHS, F (Orgs). *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

DAMICO, J.G.S. Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. *Movimento*, v. 17, n. 3, p. 269-287, 2011.

DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34, 2002.

DELEUZE, G. O atual e o virtual. In: ALLIEZ, E. (Org). *Deleuze: filosofia virtual*. São paulo: Ed. 34, 1996. p. 47-58.

DOREA, G. Gilles Deleuze e Felix Guattari: heterogênese e devir. *Revista Margem*, n. 16, p. 91-106, 2002.

FLEURY, S. *Para uma teoria do movimento sanitário*. In AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 243-264.

FOUCAULT, M. O poder psiquiátrico. In*: Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FRANCO, J.B.; MERHY, E.E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, v. 7, n. 1, p. 9-20, 2011.

JOYCE, J. Quatro cartas a Martha Fleschmann. In: RONSE, H. *Joyce e o estudo dos romances modernos*. São Paulo: Mayo, 1974.

JOYCE, J. *Ulisses*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Revista Vivência*, n. 32, p. 79-95, 2007.

MELO, C.D. Há devir, há de vir. In: LANCETTI, A. (Org) *A clínica como ela é*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 139-150.

MERHY, E.E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO. R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005a. p. 195-206.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec. 2005b.

MUYLAERT, M. *Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral*. São Paulo: Escuta, 2000.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado. as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco, 2008.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-28.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

SIEGMANN, C.; FONSECA, T.M.G. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 21, p. 53-63, 2007.

UMA RELAÇÃO ENTRE CONCEITO DE SAÚDE, NORMATIVIDADE E BIOPOLÍTICA

Monica Roza

Podemos constatar, em movimentos políticos de reinvenção das práticas sanitárias do campo público no Brasil, que um outro modo de conceituar saúde está em operação em nossos dias. Em comum, esses movimentos políticos avaliam os efeitos de práticas sustentadas nas ideias de saúde como redução dos sintomas, e aproximação de um *tipo ideal natural*, modelo positivista, encontrado na tradicional definição de saúde como *perfeito bem-estar biopsicossocial*.

Na Reforma Sanitária e na constituição do SUS vimos aparecer, em especial por meio do princípio da integralidade, a ampliação do conceito de saúde, que conectou, discursivamente, promoção de saúde e prevenção de doenças às ações de redução de sintomas.

Na Reforma Psiquiátrica foi questionada a ideia que a ciência moderna tem de doença mental, bem como as terapêuticas a ela associadas. Já na Política de Humanização do SUS se propôs uma concepção de saúde, conjugada ao processo de produção de autonomia e inseparável da produção de si – processualidade essa, integradora de intervenções clínicas, políticas, éticas e estéticas.

Tais proposições nos convocam a pensar: "O que é saúde"? Mesmo sem uma resposta imediata, as perspectivas distintas fazem ver que outras práticas vêm sendo construídas, apresentadas e sustentadas

por meio do entendimento da saúde como um *valor propulsivo* atrelado à vida e que busca seu sentido ontológico. São encontradas recorrentes referências às obras de Georges Canguilhem e Michel Foucault, em textos que dão suporte a essas políticas, que abrem caminhos para a construção de uma dimensão da saúde que fala sobre o sentido e o valor dados à vida.

Para Canguilhem, saúde só pode ser pensada por meio da sua relação com outros conceitos, como os de norma e vida. Destaco duas importantes afirmações desse autor: a primeira é a de que, sem os conceitos de normal e patológico, o pensamento e a atividade do médico são incompreensíveis (Canguilhem, 1998); a segunda se apresenta na premissa: "*assumo ainda o risco de procurar basear a significação fundamental do normal por meio de uma análise filosófica da vida compreendida como atividade de oposição à inércia e à indiferença*" (CANGUILHEM, 1976, p. 208).

Canguilhem nos permite pensar que, por meio de diferentes articulações com a norma e com a vida, o conceito de saúde vai sendo desdobrado, podendo tomar diferentes rumos, a partir de sua interface com processos de normalidade, normalização, e normatividade ou autonomia. Em suas reflexões, saúde é tomada como dinâmica normativa da própria vida.

Michel Foucault, por sua vez, permitiu ver que as práticas de saúde são fragmentos de estratos históricos e políticos que exercem suas relações de força, regularizando as práticas médicas, fazendo a noção de saúde convergir, traçando uma linha de força geral, e produzindo, como efeito, uma normalização dos corpos e das experiências vitais – ou biopoder.

Georges Canguilhem, no seu livro *O normal e o patológico* (1990), mostrou que o pensamento médico oscila entre duas representações da doença: uma sustentada na diferença quantitativa e outra na diferença qualitativa entre o normal e o patológico. A representação da diferença qualitativa se tornou insustentável a partir de Morgagni (1682-1772) e do surgimento da anatomia patológica. A decomposição anatômica serviu de substrato para a classificação nosográfica, permitindo a associação de grupos de sintomas estáveis a lesões definidas de órgãos. Ela resultou na formulação de uma teoria segundo a qual a diferença entre o normal e o patológico é quantitativa: "*os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são que variações quantitativas para mais ou para menos dos fenômenos fisiológicos correspondentes*" (Idem, p. 22-23). Ou seja, há uma identidade real entre os fenômenos vitais normais e os patológicos.

Essa identidade tornou-se uma espécie de dogma no século XIX, cientificamente garantido pela autoridade da anatomia patológica, na qual o patológico tornou-se objeto de estudo para os teóricos da saúde. Na França, eles se personificaram nas figuras de Auguste Comte e Claude Bernard. A medicina, fundamentada na anatomia patológica de Morgagni, definiu que o estado normal designava, ao mesmo tempo, o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual seria o objetivo da terapêutica. A clínica ganhou o sentido de restaurar o estado normal, forçando a saúde a ser pensada como ausência de sintomas de doença; ou seja, a ausência de desvios.

Porém, para Canguilhem (1976), tal observação não foi explorada adequadamente, porque há uma ambiguidade e mesmo uma equivocidade no termo "normal". A ambiguidade se revela a partir do fato de o termo *normal* poder ser apontado tanto como '*aspecto capaz de descrição por senso estatístico*' quanto como '*princípio positivo de apreciação*', ideal, protótipo ou forma perfeita. Essa ambivalência tem como questão de fundo o objeto da biologia e a arte do médico. Está relacionada à questão de se conceber o vivo em termos de sistemas de leis – domínio legal da natureza – e a arte do médico como enquadramento nos limites da norma.

Por leis da natureza, (Ibidem, p. 185) entende "*invariantes essenciais nos quais os fenômenos singulares constituem exemplares aproximados, porém fracos para reproduzir a integralidade de sua realidade real suposta*". Desse modo, o singular e a variação aparecem como fracasso, erro, vício, impureza, em especial, na tese defendida por Claude Bernard em seu importante trabalho *Principles de la Médicine Experimentale* – cujos fragmentos textuais do século XIX foram resgatados e finalmente publicados como livro, em 1947–, no qual afirmava a legalidade dos fenômenos vitais, sua constância rigorosa nas condições definidas, assim como ocorre com os fenômenos físicos.

A afirmação do fenômeno vivo como sistema de leis fez surgir o problema teórico e prático da relação entre o indivíduo e o tipo. Segundo Canguilhem, Claude Bernard foi levado a constatar que se a verdade está no tipo, a realidade se encontra sempre fora desse tipo e difere dele de um modo constante.

A natureza tem um tipo positivo, porém nunca realizável. Essa constatação de ordem filosófica escapa ao médico, ao clínico, em sua prática cotidiana. A individualidade torna-se, assim, o obstáculo na biologia e na medicina experimental que se paralisa na crença de uma legalidade fundamental da vida.

Afirmar que a verdade está no tipo e que a realidade está fora do tipo é, para Canguilhem, "*fazer do conhecimento uma impotência para alcançar o real*" (Ibidem, p. 187). A essa ideia de vida como um sistema de leis invariantes articula-se a definição de normal e patológico como idênticos em sua natureza, exceto por uma variação de quantidade.

Bernard interessou-se pelo normal para construir uma ação racional sobre o patológico. Já o interesse de Comte se dirigia ao patológico, a fim de determinar especulativamente as leis do normal, para estabelecer no domínio puramente conceitual, regras positivas para a conduta do homem nos níveis moral e social, tendo como base última as determinações legais da natureza biológica, conforme Canguilhem (1990). O princípio da nosologia médica ganhou, com Comte, um alcance universal, inclusive no campo da política.

Diferente de Bernard, Comte pretendia instituir cientificamente uma doutrina política. Canguilhem afirmou que, para Comte, a terapêutica das crises políticas consistia em trazer a sociedade de volta à sua estrutura essencial, permanente e normal. Comte influenciou a filosofia, a ciência e a literatura do século XIX, sobretudo a psicologia. Atribuiu ao que ele chama de "princípio de Broussais" um alcance universal, na ordem dos fenômenos biológicos, psicológicos e

sociológicos da identidade real dos fenômenos patológicos e fisiológicos correspondentes. Comte aderiu a esse princípio em 1828, afirmando que "*todas as doenças, aceitas como tal, são apenas sintomas, e que não poderiam existir perturbações das funções vitais sem lesões de tecidos*" (CANGUILHEM, 1990, p. 27).

Segundo Broussais, todas as doenças consistem, basicamente, no excesso ou na falta de excitação dos diversos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui seu estado normal. Ou seja, os fenômenos da doença coincidem, essencialmente, com os fenômenos da saúde, da qual só diferem pela intensidade. Há uma continuidade entre os estados "normal e patológico", de tal forma que a fisiologia e a patologia se explicam reciprocamente.

Esse princípio foi elevado por Comte à categoria de axioma geral em seu princípio sociológico fundamental – "*o progresso nada mais é que o desenvolvimento da ordem*" (COMTE *apud* CANGUILHEM, 1990, p. 28), em sua teoria positiva: "*qualquer modificação, natural ou artificial, da ordem real, diz respeito somente à intensidade dos fenômenos correspondentes [...]. Apesar das variações de grau, os fenômenos conservam sempre a mesma disposição, já que qualquer mudança de natureza é considerada contraditória*" (Ibidem).

No positivismo de Comte o *princípio de nosologia de Broussais* tornou-se universal, principalmente no campo da política. Para Comte, além da eficácia direta dessa doutrina no campo da biologia, ele poderia constituir a "*preparação lógica aos processos análogos para com a ciência final*", que tinha como objeto o organismo coletivo, os fenômenos da vida –

em relação. "*A análise das revoluções não poderia esclarecer o estudo positivo da sociedade, sem que haja, a esse respeito, a iniciação lógica resultante dos casos mais simples apresentados pela biologia*" (COMTE *apud* CANGUILHEM, 1990, p. 29).

Para Canguilhem, a utilização política do princípio de Broussais conferia, retroativamente, o valor que, para Comte, existia no campo da biologia. Comte insistia em que, antes de explorar a área da patologia, era necessário estabelecer, previamente, o normal e seus limites de variação, através da observação das regularidades dos fenômenos biológicos. Essa utilização do conceito de normal, analisou Canguilhem, referia-se às noções de estado normal, estado fisiológico e estado natural e, ao mesmo tempo, estava reduzido mais a um conceito moral do que científico.

As noções de excesso e falta que deveriam servir de referência para os estados patológicos apresentavam, segundo Canguilhem, extrema imprecisão, tanto em Comte quanto em Broussais, manifestando "*seu caráter implicitamente qualitativo e normativo, apenas dissimulado sob sua pretensão métrica*" (Ibidem, p. 35). Ou seja, é somente em relação a uma norma que há excesso ou falta. A norma, nesse caso, não é disposição de um fato, mas é, em si mesma, normativa, "*a manifestação do apego a algum valor*".

Ao assumirmos a ideia implícita de Bégin, discípulo de Broussais, de que o estado normal coincide com o funcionamento regular e uniforme que os órgãos são capazes de estabelecer, torna-se recognoscível porque sobre a tentativa de definição positiva do normal e do patológico "*paira um ideal de perfeição*" (CANGUILHEM, 1990, p. 54). Tal problemática

fez "*ressuscitar o problema da existência da perfeição e o argumento ontológico*" (Ibidem): a questão da existência efetiva de uma saúde perfeita. Para Canguilhem ela não passa de um conceito normativo e, como norma, desempenha seu papel de "*desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência*".

Canguilhem concluiu, a partir de Claude Bernard, que, mesmo comparando os mecanismos do estado fisiológico com os do estado normal, ainda assim se podia afirmar uma diferença de qualidade entre eles, principalmente quando a doença era entendida como um acontecimento que diz respeito ao vivo, em sua totalidade.

Para Canguilhem, uma arte de viver implica uma ciência da vida. O autor resistia à afirmação, por demais simplista, de que a vida é idêntica a si mesma na saúde e na doença. Ele mostrou que, em biologia, existem perspectivas vitalistas, que compreendem o vivo como uma 'ordem de propriedades'; isso é, uma organização de potências e uma hierarquia de funções nas quais a estabilidade do sistema vivo é sempre precária. Perspectivas em que a irregularidade e a anomalia não são acidentes ou erros que afetam o organismo, mas pertencem à sua existência mesma. No vivo, um juízo de valor concerne à sua própria existência. Recupera-se, desse modo, a identidade profunda entre valor e saúde: em latim "valor" é o mesmo que "ser forte".

Pode-se interpretar a singularidade individual como um fracasso ou como um ensaio; como uma falta quantitativa ou como uma aventura. Pensando o vivo como uma ordem de propriedades, "*o singular não é*

considerado em referência a um tipo ideal pré-estabelecido e sim como organizações nas quais a validez, o valor, refere-se ao ganho de vida eventual". "*Nada pode faltar a um ser vivo caso se admita que há mil e uma formas de viver [...]. Na ordem da vida, não há resultados que desvalorizem outros ensaios, fazendo-os parecer faltosos de algo [...]. É o futuro das formas quem decide seu valor. Todas as formas vivas são 'monstros normalizados*" (CANGUILHEM, 1976, p. 190).

O termo "normal", desse modo, não tem nenhum sentido propriamente absoluto ou essencial. De maneira isolada, nem o vivo nem o meio podem ser considerados normais, apenas a relação entre ambos. O normal significa algumas vezes o caráter médio, no qual a variação é mais rara que sensível; em outras, significa o caráter, no qual a reprodução (manutenção e multiplicação) pode revelar a importância e o valor vitais.

O conceito de patológico não deve ser considerado como o contraditório lógico do termo normal, uma vez que a vida, em seu estado patológico, não está ausente de normas, mas está na presença de outras normas, normas vitalmente inferiores, depreciadas pelo fato de elas impossibilitarem o ser vivo de enfrentar a exigência de novos meios, de afrontar os riscos. O homem não é "verdadeiramente são" enquanto não for capaz de produzir muitas normas, de sobrepor a crise orgânica e instaurar uma nova ordem orgânica. Ou, enquanto não estiver em sintonia com a potência da vida que cria as normas que o mantêm normativo.

No último tema problematizado por seu livro *O normal e o patológico*, o filósofo francês apresentou

questões de filosofia da vida a partir do problema: "O que é a vida?" Ele pretendeu mostrar três importantes características da vida: (*i*) que ela é original; (*ii*) que um organismo vivo é mais do que o somatório de unidades individuais; e (*iii*) que a vida é processo ininterrupto de criação de formas.

Canguilhem afirmou que a vida tem uma dimensão normativa, de "produção de normas". O vivo não pode ser considerado como aquilo que aparece no experimento. O vivo somente se revela na "experiência de estar vivo". Em nenhuma outra ciência a diferença entre o laboratório e o mundo é tão radical quanto no conhecimento da vida. Toda norma que define a conduta do vivo muda quando esse encontra os desafios da existência.

Canguilhem, assim, estabeleceu as bases a partir das quais um novo conceito de saúde poderia advir: *saúde como potência de construção de normas de valor propulsivo diante dos desafios postos ao vivo na experiência de sua própria vida*. É nesse confronto com as possibilidades de erro e fracasso que a vida surge, afirmando sua potência de inscrever na experiência, formas de ser vivo. É em relação a essa possibilidade, sempre imprevisível de avançar sobre os desafios da experiência, que Canguilhem definiu o "vivo saudável".

Pierre Macherey (1990) mostrou que, para Canguilhem, *a realidade efetiva da doença é aquela que atribui essencialmente o valor de um problema posto ao indivíduo e para o indivíduo por ocasião das falhas de sua própria existência*. A análise de Canguilhem mobiliza-se em torno de um conceito central, o "conceito de vivo" como sujeito de uma experiência.

O vivo, em tal interpretação, possui dois sentidos: o vivo do vivido, indivíduo em sua singularidade existencial; e o vivo do vivo – "*movimento polarizado da vida que, em todo vivo o impele a desenvolver ao máximo isso que está em seu ser ou existir*" (MACHEREY, 1990, p. 167).

Esse domínio do 'vivo do vivo' Canguilhem aproximou à noção de normatividade do vivo. O vivo se define pela potência de instituir normas. Isso significa dizer que as normas não são dados objetivos diretamente observáveis e, sim, fenômenos dessa normatividade descrita pela experiência da vida, experiência essa tomada como a dimensão errática do vivo, a fonte positiva de todas as suas atividades. As normas são produzidas de maneira imanente pelo movimento vital. O vivo, nesse sentido, é sempre um possível, uma força, uma realidade que se oferece de improviso, inacabada, uma vez que está permanentemente confrontada aos riscos da doença e da morte.

Macherey comparou a obra *O normal e o patológico* com o livro *O nascimento da clínica*, de Michel Foucault, afirmando que ambas criticavam a perspectiva positivista em biologia. Com Canguilhem, a crítica se apresentou a partir do ponto de vista da experiência concreta do vivo. Em Foucault, a crítica foi produzida desde o nascimento histórico das normas médicas, do ponto de vista do médico e das instituições médicas (FOUCAULT, 1998).

A doença, para Foucault, está submetida a um "olhar" ao mesmo tempo "normado" e "normante"; ou, em outros termos, que *efetiva um processo de normalização*. Ele tratou da gênese da normalidade no sentido de um modelo epistemológico que regra

os conhecimentos e de um modelo político regendo os comportamentos. A experiência de que falou Foucault é histórica, anônima e coletiva, de onde se extrai a figura da clínica.

Segundo Macherey (1990), "*é o triângulo da experiência: no ápice, a doença ocupa o lugar de objeto 'olhado', no outro ápice encontra-se o médico; reconhecido competente por tornar-se objeto do olhar médico; e enfim, a terceira posição é aquela da instituição que oficializa e legitima socialmente a relação do objeto observado e do sujeito observador*" (p. 291).

Em Foucault, na estruturação histórica da experiência clínica se estabeleceu uma questão acerca da vida e da morte. A vida se dá por condições históricas não redutíveis à natureza biológica imediata em si. Vida e morte ganham uma dimensão epistemológica. Nesse sentido, na decomposição da experiência clínica, revela-se a estrutura que a suporta, e expõe as regras de um tipo de arte do viver na relação com o que é compreendido a partir das noções de saúde e normalidade, segundo Macherey (1990).

Michel Foucault, na fase genealógica de sua obra iniciada na década de 1970, se "*dedica a pensar a vida em sua relação com o poder, discutindo a distinção entre os regimes de poder que ele designa como disciplinar e de regulamentação e que compõem a trama do contemporâneo*" (PASSOS e BARROS, 2001). Para ele, o Ocidente, a partir da época clássica, conheceu uma transformação profunda nos mecanismos de poder. Na sociedade do poder soberano, o direito de vida e de morte foi condicionado à defesa do soberano e de sua soberania, marca de uma sociedade em que o poder se exercia como direito e apreensão de

coisas, do tempo, dos corpos e "*culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la*" (Foucault, 1997a, p. 128).

A mudança que o Ocidente conheceu, deslocou o direito de morte, que passou a se apoiar nas exigências de um poder que geria a vida, e que apareceu como a outra face legal do corpo social para garantir a vida, mantê-la e desenvolvê-la. Esse poder de morte tornou-se complemento de um poder que se exercia positivamente sobre a vida, empreendendo sua gestão. A partir daí, foi sobre essa mesma vida e o seu desenrolar que o poder estabeleceu seus pontos de bifurcação e a morte tornou-se seu limite, o ponto mais secreto e privado da existência.

O poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII e centrou-se na ideia do corpo como máquina com diferentes especialidades e disciplinas correspondentes, uma anátomo-política do corpo humano; assim como no século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, suporte dos processos biológicos e suporte do nível de saúde, assegurado por processos de intervenções e controles reguladores que caracterizaram um biopoder sobre a população.

Nesse sentido, para Foucault (1997a, p. 131), "*as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida*". Foram chamadas, pelo autor, de tecnologia de duas faces, anatômica e biológica, individualizante e especificante, que marcaram um poder dirigido ao investimento na vida, à *administração dos corpos pela gestão da vida*. Poder esse que se desenvolveu rápido através de disciplinas diversas como a saúde

pública e as instituições. "*Abriu-se, assim, a era do biopoder*" (Ibidem, p. 132).

O biopoder foi elemento fundamental no desenvolvimento do capitalismo, que teve sua possibilidade garantida com o controle dos corpos pelos aparelhos de produção, e por meio do ajustamento dos fenômenos populacionais (nascimento, morte, doenças) aos processos econômicos. Para isso foi necessária, paralelamente ao desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado como instituições de poder, a construção de técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social, utilizadas por instituições diversas, dentre elas a escola, a medicina, o hospital.

Foucault destacou que o principal acontecimento no século XVIII para a determinação do capitalismo foi a entrada da vida na história; isso é, sua incursão na ordem do saber e do poder, no campo das técnicas políticas. E, pela primeira vez na história, o biológico refletiu-se no político, tendo o homem conquistado a possibilidade de saber: (*i*) o que é ser vivo; (*ii*) o que é ter um corpo; (*iii*) o que é saúde individual e coletiva; e (*iv*) que essas forças podem se modificar. O poder se exerce situado no nível da própria vida: "*o homem moderno é um animal em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão*" (FOUCAULT, 1997, p. 134).

Como consequência dessas mudanças, Foucault assinalou a ruptura do discurso científico com o posicionamento do homem na sua especificidade de ser vivo em relação a outros seres vivos, na ordem da *episteme*, indicando um modo novo de relação entre história e vida: por um lado, "*fora da história com suas imediações biológicas*", e por outro, "*dentro da*

historicidade humana, *infiltrada por suas técnicas de saber e poder*". A segunda consequência de tais mudanças aconteceu pela proliferação das tecnologias políticas que "*incidiram sobre o corpo*, *a saúde*, *as maneiras de se alimentar e morar*, *as condições de vida*, *todo o espaço da existência*". Outro desdobramento da emergência do biopoder foi a crescente importância da atuação da norma, à custa do sistema jurídico, responsável por mecanismos contínuos de regulação e correção, a fim de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade.

Tal poder opera distribuições em torno da norma, sendo essencialmente normalizador: "*a lei funciona cada vez mais como norma*, *e a instituição judiciária se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos cujas funções são*, *sobretudo*, *reguladoras. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida*" (FOUCAULT, 1997a, p. 135).

Foucault, entretanto, mostrou que

> contra esse poder ainda novo no século XIX, as forças que resistem se apoiaram exatamente naquilo sobre que ele investe – isto é na vida e no homem enquanto ser vivo. Desde o século passado, nas grandes lutas que põem em questão o sistema geral de poder [...] o que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível. Pouco importa que se trate de utopia ou não; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi, de algum modo, tomado ao pé da letra e voltado contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou objeto das

> lutas políticas, ainda que essas últimas se formulem através de afirmações de direito. O 'direito' à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, 'o direito', acima de todas as opressões ou alienações, de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse 'direito', tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania (FOUCAULT, 1997a, 136).

Na obra de Michel Foucault, tanto a vida quanto a noção de saúde pertencem ao domínio jurídico, na perspectiva do biopoder, e têm sido focos sobre os quais incidem predominantemente os mecanismos de poder. Nas palavras de Gilles Deleuze (1991), um fenômeno que denominou "estatização". Entretanto, ao mesmo tempo em que o conceito de saúde é assolado pelos mecanismos de poder, também se faz afeto, procedimento, plano de resistência. "*O poder quando objetiva a vida suscita por sua vez uma vida que resiste ao poder*".

> É dentro do próprio homem que é preciso libertar a vida, pois o próprio homem é uma maneira de aprisioná-la. A vida se torna resistência ao poder quando o poder toma como objeto a vida. [...] Quando o poder se torna biopoder, a resistência se torna poder da vida, poder vital que vai além das espécies, dos meios e dos caminhos desse ou daquele diagrama A força vinda do lado de fora – não é certa idéia da Vida, certo vitalismo, em que culmina o pensamento de Foucault? A vida não seria essa capacidade da força de resistir? [...] Foucault diz: não se sabe do que o homem é capaz enquanto ser vivo, como conjunto de forças que resistem (DELEUZE, 1991, p. 99).

Abre-se, assim, a possibilidade de pensar a saúde como conjunto de práticas produtivas, e não apenas reprodutoras, por meio das quais o vivo constitui para si um mundo, um corpo e uma experiência. Tal possibilidade faz-se expressar no que Foucault definiu como "atualidade", relação do pensamento com o seu momento presente (PASSOS e BARROS, 2001).

Na análise que empreendeu sobre um texto de Immanuel Kant (publicado num periódico alemão em 1784, cujo escopo centrava-se na questão *Was ist Aufklärung?*), Foucault (2000a, p. 335) mostrou o posicionamento, na história do pensamento, de um questionamento que a filosofia moderna não conseguiu responder, cuja referência é o presente. Na tradição das ideias filosóficas, a reflexão sobre o tempo presente conheceu três formas principais: (*i*) a apresentação deste, a partir das características que lhe conferem pertencimento a determinada época ou mesmo sua separação por um acontecimento dramático; (*ii*) a interrogação do presente, para nele se tentar decifrar sinais que anunciariam um acontecimento iminente, uma hermenêutica histórica; e (*iii*) a análise do presente, como um ponto e transição em direção à aurora de um mundo novo.

Foucault ressaltou que a maneira de Kant colocar a questão do presente era totalmente diferente, já que definia a *Aufklärung* como uma "solução" ou "saída". Ele não buscava compreender o presente desde uma totalidade ou realização futura, mas sim a partir de "*uma diferença no hoje em relação ao ontem*" (FOUCAULT, 2000a, p. 337).

O que caracterizava a *Aufklärung* era um "*processo que nos liberta do estado de menoridade*".

Menoridade no sentido de certo "*estado de nossa vontade que nos faz aceitar a autoridade de algum outro para nos conduzir nos domínios em que convém fazer uso da razão*". Segundo Foucault, Kant forneceu três exemplos de menoridade: "*quando um livro toma o lugar do entendimento*, *quando um orientador espiritual toma o lugar da consciência*, *quando um médico decide em nosso lugar nossa dieta*". Nesse sentido, a *Aufklärung* definia-se pela modificação da relação preexistente entre a vontade, a autoridade e o uso da razão, possuindo ainda uma divisa, "um traço distintivo" que a tornava reconhecível: "*tenha coragem*, *a audácia de saber*" (Ibidem, p. 338).

Segundo Foucault, Kant definiu as condições essenciais para que o homem saísse de sua menoridade: discriminar com clareza o que vem da obediência, daquilo que emerge do "uso da razão", assim como distinguir o uso privado do emprego público da razão – livre na esfera pública e submissa no campo privativo (ao contrário da noção de "liberdade de consciência"). O uso privado da razão deveria ocorrer quando o homem se tornasse peça de uma máquina, tendo papéis e funções sociais a exercer; ou seja, aquilo que faz dele um segmento particular na sociedade com uma posição definida. A ele caberia aplicar regras e ter objetivos – impostos a pagar, por exemplo. Por sua vez, o uso público da razão se daria numa perspectiva universal do pensar.

Foucault levantou mais uma questão quanto ao texto de Kant: o uso particular da razão, a despeito de qualquer outra finalidade, seria assunto do próprio sujeito como indivíduo; no entanto, "*como*

assegurar o uso público dessa razão?", conforme indaga Foucault (2000a, p. 339). Nesse sentido, a *Aufklärung* deixou de ser considerada apenas como um processo que afeta a humanidade, passando a ser tomada como uma política ou como um problema político.

O filósofo francês afirmou que o emprego do texto de Kant não seria uma descrição adequada da *Aufklãrung*, enfatizando: "*é no momento em que a humanidade fará uso da sua própria razão sem se submeter a nenhuma autoridade, que a crítica é necessária, já que ela tem o papel de definir as condições na qual o uso da razão é legítimo para determinar o que se pode conhecer, o que é preciso fazer e o que é permitido esperar*"; só assim os princípios da autonomia da razão poderiam ser assegurados. De tal forma que a crítica é a razão tornada maior, "*a Aufklärung é a era da crítica*" (Ibidem, p. 341).

Além disso, o referido autor quis enfatizar também uma atitude diferente no modo de fazer história. A maioria dos escritos consagrados em história procura estabelecer a finalidade interna do tempo histórico e o ponto para o qual a história da humanidade se encaminha. O texto kantiano surgiu contrariando tal perspectiva. Na análise da *Aufklärung* como passagem da humanidade à maioridade, Kant situou a atualidade em relação ao movimento do conjunto, mostrando como cada um é responsável, de certa maneira, por esse processo.

Para ele, o artigo se encontrava no limiar entre a reflexão crítica e a reflexão sobre a história: "*a novidade desse texto reside na reflexão sobre a 'atualidade' como diferença na história e como motivo*

para uma tarefa filosófica particular" (Ibidem, p. 341). Centrava-se na possibilidade de conceber a modernidade mais como uma atitude do que como uma época situada em um calendário, "*precedida por uma pré-modernidade e seguida de uma enigmática e inquietante pós-modernidade*".

Por "atitude", Foucault entendia "*um modo de relação que concerne à atualidade, uma escolha voluntária que é feita por alguns, enfim, uma maneira de pensar e de sentir, uma maneira também de agir e de se conduzir que, tudo ao mesmo tempo, marca uma pertinência e se apresenta como uma tarefa*". E mais, o pensador francês afirmou que essa "atitude" se aproximava do que os gregos chamavam de *ethos*.

Ele destacou, ainda, analisando a ideia de Boudelaire, que a modernidade seria um exercício de confronto entre o real e a prática de uma liberdade que, ao mesmo tempo, respeita e viola esse real. Em Boudelaire, a modernidade não representava simplesmente "*forma de relação com o presente*", mas também um modo de relação que era preciso estabelecer consigo mesmo. Ser moderno não significava aceitar a si mesmo no fluxo dos momentos que passam, mas sim, tomar a si mesmo como objeto de uma elaboração complexa e dura: "*ascetismo que faz do corpo, do comportamento, dos sentimentos e paixões, da existência, uma obra de arte*" (Ibidem, p. 344). O homem moderno, para Boudelaire, corresponderia àquele que, contra a ideia de descobrir a si mesmo, buscava inventar a si mesmo.

Foucault não pretendia resumir nesses poucos traços o acontecimento histórico complexo que foi a *Aufklärung* no fim do século XVIII, mas enfatizar,

nela, uma interrogação filosófica que problematizava simultaneamente a relação com o presente, o modo de ser histórico e a constituição de um si próprio como sujeito autônomo. Interrogação filosófica que se apresentava como reativação permanente de uma atitude; ou seja, "*um êthos filosófico que seria possível caracterizar como crítica permanente de nosso ser histórico*" (FOUCAULT, 2000a, p. 345).

Michel Foucault buscava caracterizar esse *ethos* e o fez de duas maneiras: *negativamente*, quando a crítica como análise se dirigia ao sentido dos "limites atuais do necessário"; isso é, na direção do indispensável para a constituição de nós mesmos como sujeitos autônomos; e *positivamente* – crítica como afirmação de um conteúdo mais positivo ao que poderia ser um *ethos* filosófico. Esse último baseou-se em uma "*crítica do que dizemos, pensamos e fazemos através de uma ontologia histórica de nós mesmos*" (Ibidem p. 347).

O *ethos* filosófico se traduzia como uma atitude-limite, uma análise dos limites sobre eles. O questionamento crítico foi revertido em questão positiva. A crítica, exercida sob a forma de limitação necessária em uma prática foi transformada, ultrapassada por uma crítica como "*pesquisa histórica através dos acontecimentos que nos levaram a nos constituir e a nos reconhecer como sujeitos do que fazemos, pensamos e dizemos*". Ela era genealógica em sua finalidade, no sentido em que "*ela não deduzirá da forma do que somos o que para nós é impossível fazer ou conhecer, mas ela deduzirá da contingência que nos fez ser o que somos a possibilidade de não mais ser, fazer ou pensar*" (Ibidem, p. 348). E fez avançar o "trabalho infinito da liberdade".

Essa atitude deve ser também uma atitude experimental. A ontologia histórica de nós mesmos deve desviar-se dos projetos, pretensamente globais e universalizantes, e aproximar-se das transformações parciais, produzidas na correlação entre a análise histórica e da atitude prática. Para Foucault, o *ethos* filosófico, próprio à ontologia de nós mesmos, é um "*trabalho sobre nós mesmos como seres livres*". A experiência constituída nos limites, e em sua ultrapassagem possível, é sempre limitada, determinada e continuamente recomeçada.

Ainda segundo o autor, **esse trabalho** tem sua **aposta** (indicada pelo paradoxo das relações da capacidade e do poder): como desvincular o crescimento das capacidades e a intensificação das relações de poder? E tem também sua **homogeneidade**, que é apontada, por sua vez, pelo estudo dos conjuntos práticos: "*o que os homens fazem e a maneira pela qual o fazem*" (Idem, 2000a, p. 350). Ou seja, o aspecto tecnológico do homem, as formas de racionalidade que organizam as formas de fazer e o aspecto estratégico dessas práticas – a liberdade com a qual os homens agem nos sistemas práticos. Possui, ainda, uma **sistematização**, que se refere ao fato de os conjuntos práticos decorrerem de três dimensões: (*i*) o das relações de domínio sobre as coisas, ou o eixo do saber: "*como nos constituímos como sujeitos de nosso saber?*"; (*ii*) o das relações de ação sobre os outros, ou o eixo do poder: "*como nos constituímos como sujeitos que exercem ou sofrem as relações de poder?*"; (*iii*) e o das relações consigo mesmo, ou o eixo da ética: "*como nos constituímos como sujeitos morais de nossas ações?*" Por último, esse trabalho tem uma **generalidade**: na

escala das sociedades ocidentais das quais derivamos, as pesquisas históricas e críticas têm uma recorrência.

Isso mostra "*em que medida o que sabemos, as formas de poder que se exercem e a experiência que fazemos de nós mesmos constituem apenas figuras históricas determinadas por certa forma de problematização que definiu objetos, regras de ação, modos de relação consigo mesmo*" (Ibidem, p. 350). É possível, desse modo, considerar as relações que se estabelecem entre conceito de saúde, constituição de si e política.

Passos e Benevides (2001) pensam biopolítica enquanto "*forma de resistência a um biopoder cujo exercício se dá na imanência do vivo*". Propõem, inspirados na leitura foucaultiana, uma distinção entre biopoder e resistência que se faz biopoliticamente através de práticas de si, de uma estética da existência que investe na capacidade de auto-organização ou de autopoiese da vida. Mostram que a última fase do pensamento de Foucault se caracterizou por uma aposta na força de resistência da própria vida tornada obra de arte, com ênfase em temas como os da estética da existência, das práticas de si[1] e o da liberdade.

Chegar à construção de práticas de si exige "*um exercício crítico que desnaturaliza o instituído, desestabilizando o presente nisso que se dá como conjunto de verdades constituídas*", o próprio sujeito e suas for-

[1] **Prática de si** que não significa a pressuposição de um fundamento da liberdade no sujeito. "*O si não é um agente da criação, mas é sempre efeito dela, emergindo de um plano de produção coletivo, anônimo, impessoal*", plano que em Foucault é o das práticas discursivas e não discursivas da história. (Passos e Barros, 2001).

mas identitárias. Trata-se de uma atitude experimental que confere à liberdade uma consistência similar a das produções materiais da história: "*apreender os pontos em que a mudança é possível e desejável e determinar a forma precisa para estas mudanças* [...], *ultrapassando-nos enquanto forma vivida: trabalho de nós mesmos sobre nós mesmos, na experiência da liberdade*".

A liberdade, para Passos e Benevides (2001), é o tema condutor do pensamento de Foucault. Entretanto ela "*não pode ser alcançada ou instituída como fundamento*" (Idem, p. 89), pois não se trata de uma coisa ou um estado, mas de um processo libertário que se alcança por meio de um "exercício crítico" empreendido quando analisamos o que nos faz desviar de nossa natureza humana.

Do pensamento foucaultiano surgem condições basilares para se pensar uma "política da clínica ampliada" que é, ao mesmo tempo, uma "política da produção da subjetividade, da criação de si". Há uma intercessão entre esses dois tipos de experiência-limite, entre a crítica e a clínica. Ambas podem ser pensadas como movimentos e estratégias de desvio pelos quais a história vai se fazendo em constante embate com as forças de assujeitamento. É possível pensar ambas, também como formas de política em favor da vida, isto é, biopolíticas.

Ethos e clínica se sustentam em "*experiências desestabilizadoras que nos convocam a deslocarmos de nossos lugares habituais com o intuito de por em questão quem somos superando os mecanismos que nos fixam em figuras da história*". Isso é, a atualidade nos coloca em uma situação de crítica. Tal situação desdobra-se em dois tipos de atitude, a saber: (*i*) uma

atitude de exercício crítico sobre tudo que é instituído e (*ii*) uma experiência de crise.

E é a partir dessa atitude crítica que nos colocamos em vias de diferir: "*o contemporâneo guarda essa relação complexa com a história, dela se diferenciando intempestivamente. Busca-se na história aquela força propulsora que nos permite dela desviar*" (Idem, p. 90). Passos e Benevides consideram a "atividade clínica" como esse ato de produção de um desvio: "*é na afirmação desse desvio que a clínica se faz. Desvio e desestabilização são características tanto da clínica quanto do contemporâneo*" (Ibidem). A clínica é forçada, sempre, a ocupar o lugar dessa atualidade, dimensão extemporânea do tempo, espaço marcado pela instabilidade que a faz, sob pena de tornar-se normalizadora, localizar-se em um espaço a ser construído. A "intervenção clínica" se dá, assim, em um tempo que é extemporâneo.

Construir um conceito de saúde, a partir da ideia de normatividade em Canguilhem, e da noção de atitude crítica proposta por Foucault, é um desafio ético que conecta a saúde aos valores da vida e do viver, e às atitudes de ultrapassamento e de invenção de si e do mundo.

Gilles Deleuze (1991, p. 111) destacou que o tema da atitude crítica foi apreendido por Foucault dos gregos. O próprio Foucault anunciou que eles "*dobraram as forças sem que elas deixassem de ser força*"; fizeram com que elas se relacionassem com elas mesmas, inventaram o sujeito como uma derivada, como o produto de uma subjetivação; pensaram pela perspectiva de uma "*existência estética*", de uma "*relação consigo*" facultativa ao homem livre.

A relação consigo é o afeto de si por si, ou "*a força vergada*, *dobrada*".

Há, segundo Deleuze, quatro dobras de subjetivação: (*i*) concernente à parte material de nós mesmos e que vai ser cercada, presa na dobra (nos gregos, o corpo e seus prazeres; nos cristãos, a carne e seus desejos); (*ii*) pertinente às relações de força, no seu sentido mais exato: segundo uma regra singular, a relação de forças é vergada para tornar-se relação consigo; (*iii*) que diz respeito ao saber, ou à dobra da verdade; (*iv*) e a última, que concerne ao *lado de fora*; é dela que o sujeito pode esperar um processo de libertação. "*As quatro dobras são como a causa final*, *a causa formal*, *a causa eficiente e a causa material da subjetividade*, *ou da interioridade como relação consigo*. *Essas dobras são eminentemente variáveis*, *e suas variações constituem modos irredutíveis de subjetivação*".

Deleuze, ao assinalar o trabalho de Foucault, postulou a importância de se indagar: o que dizer de nossos próprios modos atuais, de nossa relação conosco na atualidade? "*Quais são as nossas quatro dobras*?" (Ibidem, p. 112). A cada vez o sujeito está por se fazer.

A construção de uma subjetividade moderna, no sentido da *Aufklärung*, passa pela resistência à sujeição que consiste em nos individualizar, e à sujeição que consiste em ligar "*cada indivíduo a uma identidade sabida e conhecida*, *bem determinada de uma vez por todas*" (Ibidem, p. 113). Ela se apresenta como variação e metamorfose, possibilitando que o sujeito seja tomado como uma derivada de fora, uma dobra.

O pensamento de Foucault, para Gilles Deleuze, oferece uma extensão completa e ao mesmo tempo

irredutível: memória é o verdadeiro nome da relação consigo ou do afeto de si por si, o tempo como subjetivação, auto-afecção. Uma memória absoluta que duplica o presente, que reduplica o lado de fora e que não se distingue do esquecimento, pois que a memória é ela própria, e é sempre esquecida para se refazer: "*sua dobra (pli), com efeito, confunde-se com o desdobramento (repli), porque este permanece presente naquela como aquilo que é dobrado. Só o esquecimento (depli) encontra aquilo que está dobrado na memória*" (Ibidem p. 115). Quando o lado de fora está dobrado, um lado de dentro lhe é coextensivo; e é esta coextensividade que representa a vida.

Para Foucault, três dimensões são irredutíveis, apesar de estarem implicadas constantemente: o **saber**, o **poder** e o **si**; ou segundo a representação deleuziana, **três ontologias** (históricas, uma vez que designam condições universais). Condições problemáticas que variam não historicamente, mas "*com* a história" (Ibidem, p. 122). Elas apresentam maneiras como os problemas se colocam em diferentes formações históricas e permitem perguntar: O que é possível visar? E que resistências opor?

A saúde, construída por meio do pensamento foucaultiano, pode ser compreendida como construção de um valor na vida, o valor de pensar. E o que significa pensar para (e com) Foucault? Pensar é experimentação, problematização, "*o saber, o poder e o si são a tripla raiz de uma problematização do pensamento. [...] É emitir singularidades, é lançar os dados. [...] É tornar-se senhor de sua velocidade, relativamente senhor de suas moléculas e de suas singularidades, nessa zona de subjetivação*" (DELEUZE, 1991, p. 130).

Referências

AMARANTE, P. (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CANGUILHEM, G. *El conocimiento de la vida.* Barcelona: Anagrama, 1976.

CANGUILHEM, G. *La santé: concept vulgaire e question philosophique.* Paris. Sables: 1990.

DELEUZE, G. *Foucault.* São Paulo: Brasiliense, 1991.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber.* Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. O que são as Luzes? In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

MACHERREY, P. De Canguilhem à Canguilhem en passant par Foucault. In: *Georges Canguilhem – philosophe, historien des sciences.* Actes du Colloque. Paris: Albin Miche, 1990.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa*, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

A ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE

Francisco Romão

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de doutorado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública e contém trechos da tese intitulada "*Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e saúde pública*" (FERREIRA, 2006), que investigou a construção de sentidos e valores acerca do corpo, a utilização do discurso científico nesse processo, e a forma como tais sentidos são apropriados e tratados pelos representantes do saber médico.

O desenvolvimento da biotecnociência, o crescimento dos mercados relativos às transformações corporais de natureza estética e a popularização das cirurgias plásticas colocam a **estetização da saúde** (entendida, aqui, como a valorização de parâmetros estéticos como definidores das condições de saúde) e as tentativas de metamorfose corporal (por meio de cirurgias, implantes, próteses, tratamentos, medicamentos, práticas esportivas, marcas corporais, e afins), como novas questões de Saúde Pública a serem discutidas e enfrentadas. A Estética invade, ostensivamente, o *campo*[1] da saúde.

[1] Para Bourdieu, um Campo pode ser definido como uma rede, ou um conjunto de relações objetivas entre posições definidas a partir das diferentes posições que os atores (sujeitos, agentes ou instituições) ocupam numa determinada situação (atual ou potencial) na estrutura da distribuição das diferentes espécies de poder (ou de capital). A posse de tal capital proporciona uma posição hierárquica (dominação, subordinação, dependência, homologia e afins) em relação aos outros atores que

A estetização da saúde é um processo que cresce aceleradamente e vai ao encontro da medicalização da vida cotidiana. A estética é uma das principais dimensões da vida humana e, tradicionalmente, não tem sido considerada nos meios de produção científica da área da saúde. Entretanto, torna-se necessário incluí-la no âmbito dos debates ou, pelo menos, lembrar de sua importância para a compreensão do que se convencionou chamar de saúde, ou vida saudável.

Os cuidados com o corpo e com a "aparência" não são mais uma atividade frívola ou inocente, mera vaidade. Eles refletem tanto a produção social de sentidos e as formas de distinção social decorrentes do *habitus* do conjunto de atores da sociedade, como, também, espelham questões e conflitos oriundos do processo dinâmico dos profissionais do campo da saúde e/ou da medicina estética que são influenciados por formas específicas do pensamento científico. O *habitus* é um conceito central na sociologia de Bourdieu. Ele estrutura a compreensão da sociedade e fornece a articulação entre o individual e o coletivo. Através da socialização, são incorporados os *habitus* de classe, que produzem a filiação de classe dos indivíduos, reproduzindo, ao mesmo tempo, a classe, enquanto grupo que compartilha os mesmos *habitus* (BOURDIEU, 1989)

---

participam do mesmo jogo. Esse poder hierárquico que é estruturado e, ao mesmo tempo, estrutura as ações e define as relações no campo que, por sua vez, é dinâmico e mutável, reflete a dinâmica das posições e das relações de poder próprias a cada campo (Bourdieu, 1989).

A construção de sentidos sobre o corpo se dá a partir de estratégias discursivas diversas. Atuando na produção de sentidos em todos os níveis, desde a ciência mais tecnificada até o senso comum, observa-se uma profusão de discursividades que se mesclam à ideologia dominante, confundem-se com os valores societários e morais hegemônicos e colocam o corpo, ao mesmo tempo, como objeto de fetiche, meio de ascensão social, máquina produtiva ou fonte da eterna juventude.

São retóricas e saberes diferenciados que possuem uma razão instrumental em comum que se dissemina na vida cotidiana. Eles revelam também os diferentes *capitais*[2] que estruturam e organizam os

[2] Para Bourdieu, o conceito de **capital** não se resume à área econômica e pode se manifestar de quatro formas principais: o **capital econômico**, que é constituído pelo conjunto dos bens econômicos e de propriedade, como renda, patrimônio, bens materiais ou controle de recursos; o **capital cultural**, que corresponde ao conjunto de qualificações intelectuais produzidas pelo sistema escolar, transmitidas pela família ou adquiridas durante a formação profissional, e podem ser identificadas através da facilidade de falar em público, posse de objetos artísticos, possibilidade de frequentar determinados locais, acesso à informações e instituições, e outros.; o **capital social**, que se define pelo conjunto de relações sociais de que dispõe um indivíduo ou grupo e das articulações que essa rede de relações pode proporcionar,política ou economicamente, e implica em partilhar das mesmas regras de sociabilidade, frequentar os mesmos lugares, ter convites recíprocos, lazer, gostos e hábitos de consumo em comum, e afins; o **capital simbólico**, que corresponde ao compartilhamento dos mesmos códigos de reconhecimento, boas maneiras, ou padrão de comportamento que confere reconhecimento dentro de um determinado grupo social. Os usos desses capitais se articulam e se confundem, fazendo com que os sujeitos possuidores de tais atributos possam desfrutar de vantagens sociais, status ou acesso efetivo aos mecanismos de poder (BOURDIEU, 1989).

discursos em um determinado campo e organizam o espaço social. O corpo tornou-se, ele próprio, um capital. Ele é a moeda que move a grande economia do mercado das trocas afetivas, sexuais, conjugais e profissionais.

O corpo ocupa, assim, um lugar de destaque no processo de diferenciação progressiva e hierarquizada da vida em coletividade. O corpo define o meio social e também é definido por ele. Através do corpo se produzem novos códigos de valorização e *status* e se reproduzem os antigos. Suas possibilidades estéticas permitem transitar por diferentes posições na hierarquia social, alterando e definindo trajetórias afetivas, pessoais, profissionais, criando novos espaços dessa ordenação estrutural.

O discurso sobre o corpo que está se tornando hegemônico é oriundo de uma racionalidade médica específica, apresenta-se como cientificamente correto e onipresente na publicidade e nos meios de comunicação de massa. Ele concilia pedagogia, medicina, ética, estética, moral, economia e demagogia. Mostra-se apropriadamente institucionalizado, e vem sendo apreendido no senso comum como uma proposta racional, coerente e cientificamente comprovada. Têm emergido a partir dessa discursividade muitos dos modos contemporâneos de cuidar do próprio corpo, um tanto incomuns até um passado recente.

Tais dispositivos agem no imaginário social produzindo gostos e hábitos, diagnósticos e terapêuticas que o enquadram numa racionalidade cientificista, reproduzindo um *habitus* de classe, o qual reforça determinadas formas de sentir, agir e pensar. Tais formas

vêm sendo interiorizadas pelos indivíduos, em razão de suas condições objetivas de existência, funcionando como princípios inconscientes de ação, percepção e reflexão.

A interiorização subjetiva atua não apenas entre os agentes que compartilham dos mesmos códigos. Dependendo de sua posição na hierarquia social e no *campo*, o respectivo discurso que lhe pertence torna-se o discurso oficial de toda a sociedade. Na medida em que alguns setores da classe médica agem como se sua racionalidade fosse a única e a verdadeira, e seus princípios considerados corretos e naturais, tal interiorização dissemina-se amplamente como se fosse óbvia e a única escolha disponível.

A retórica dos profissionais médicos funciona como porta-voz da pesquisa, um produto do saber investigativo – o conhecimento "comprovado cientificamente". Porém, torna-se cada vez mais perceptível que os significados atribuídos ao corpo incorporam questões de outras dimensões da vida em coletividade – como os interesses do mercado – que se miscigenam na construção da percepção da saúde e do que é considerado saudável.

Entre as preocupações da vida cotidiana atual, incluem-se aquelas com beleza, magreza, juventude e vigor físico. Como temas daí decorrentes, há as dietas, os gastos calóricos do organismo, os alimentos saudáveis, os exercícios, os cuidados com a pele, com o sol, com as rugas e marcas de expressão, com as celulites, os distúrbios alimentares, as compulsões, a anorexia, a obesidade; enfim, o olhar excessivamente apreensivo com tudo o que pode interferir na aparência, na imagem corpórea.

Não é possível compreender a concepção de saúde e os cuidados corporais na sociedade urbana ocidental sem destacar a emergência contemporânea da moda, do narcisismo, do hedonismo e do consumo[3]. O narcisismo repudia o descaso com as dietas, com as cirurgias plásticas. Tornar-se bonito/a segundo certos padrões, é um imperativo dos tempos atuais, fazendo com que o corpo se torne um objeto de consumo descartável, com partes destacáveis ou recicláveis. Cada corpo passa a ter, então, um novo valor, se recusar a submissão de seu legado biológico, geneticamente determinado, já que, hoje, é possível modificar cirurgicamente o nariz, a orelha, o rosto ou partes do corpo, permitindo que a mulher (ou o homem) se mantenha jovem e sensual por mais tempo, apesar da tirania que isso possa acarretar. A moda atual não se restringe à indumentária, ela se inscreve na própria carne.

Quem não obedece a tais princípios, corre o risco de ser censurado, de ter restringidas suas possibilidades de relacionamentos afetivos e/ou sexuais, e até de ser excluído do mercado de trabalho. Quem não se preocupa em esconder os sinais da passagem do tempo no corpo ou descuida da aparência é "censurado", quase como se tivesse cometido um delito contra a ordem pública. Nas conversas informais do cotidiano, critica-se quem não se adapta aos tirânicos padrões corporais, socialmente

---

[3] Ver Gilles Lippovetsky. *O império do efêmero.* A moda e seu destino nas sociedades modernas. São Paulo: Cia das Letras, 1999; *Os tempos Hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004; *Luxo eterno: da idade do sagrado ao tempo das marcas.* São Paulo: Cia. das Letras, 2005.

impostos. O simples fato de engordar uns quilos a mais já é visto como desvio, descontrole ou distúrbio emocional.

Tais situações presentes, hoje, no dia a dia, tornaram-se integrantes, principalmente, da vida urbana. Essa racionalidade "científica" divulgada pelos meios de comunicação de massa informa-nos e naturaliza o que é construído socialmente.

Reportagens ou pareceres sempre estão embasados em discursos estreitamente articulados em torno de concepções que propõem diagnósticos, terapêuticas ou práticas afins, sempre por meio de profissionais ou autoridades sanitárias que ostentam uma permissão autodesignada para emitir tais prescrições. São conselhos, pareceres, observações, advertências, exemplos que remetem a uma mesma discursividade, a um mesmo olhar que privilegia a adequação do sujeito às normas vigentes.

A estética e a saúde mesclam-se, embaladas pelas maquinarias de poder escudadas na "ordem científica". Algumas atuam como mecanismos coercitivos de controle, de ajuste à normalização social, para fazer pensar, sentir e agir de acordo com as preconizações dos discursos dos especialistas. Mas, como sabemos, eles não são neutros, possuem uma história, têm interesses e estratégias nem sempre revelados ao primeiro olhar.

Nesse cenário, os 'pacientes-consumidores' tornaram-se, então, responsáveis pela administração contínua de sua própria saúde, com o dever de utilizar conhecimentos médicos, psicológicos e farmacêuticos, adquiridos pelos meios de comunicação de massa. Os parâmetros estéticos estão cada vez mais presentes nesses processos que confundem medicina estética,

publicidade, espetáculo e informação "científica" para o senso comum, dando a ideia de uma eficácia que nem sempre é real. Ou seja, **ética**, **estética** e **saúde pública** também se confundem. Pensar a relação "beleza *versus* saúde" implica levar em consideração esses fatores que, aparentemente distantes, acabam interferindo nos cuidados com o corpo e a saúde.

O crescimento do número de cirurgias plásticas no Brasil e a expansão da indústria da beleza fazem parte de um processo mais amplo de medicalização, no qual a tecnorracionalidade médica é levada a novas esferas da vida comum. A popularização desses serviços e a banalização dos procedimentos cirúrgicos a eles relacionados desencadeiam novas significados acerca da corporeidade, colocando-a como um artefato a ser modelado para atender o interesse do momento.

O corpo é o suporte da transformação do sujeito desejante; nele são depositadas as expectativas de transformação do "eu" em sua relação com o mundo, buscando visibilidade por meio das transformações corporais. Esse desejo narcísico é fruto de idealizações que a indústria da metamorfose apregoa, sem deixar aflorar o ônus que tal opção pode embutir.

A metamorfose da aparência corporal revela uma nova face do mundo individualizado, no qual o corpo se posiciona como objeto descartável de consumo, reinventado como necessidade do cidadão comum. O vazio da existência é substituído pela expectativa de se cultuar:

> A sua redescoberta e onipresença na publicidade, na moda e na cultura de massas – o culto do higiênico, dietético e terapêutico com que se rodeia, a obsessão pela juventude, elegância, virilidade, fe-

> minilidade, cuidados, regimes, práticas sacrificiais que com ele se conectam, o Mito do Prazer que o circunda – tudo hoje testemunha que o corpo se tornou objeto de salvação. Substituiu literalmente a alma, nesta função moral e ideológica (BAUDRILLARD, 1981, p. 165).

O *habitus* que é reproduzido e os parâmetros estéticos que atuam nessa construção não acontecem por combustão espontânea. Decorrem da influência discursiva que promove interesses e questões oriundas de outras áreas, aparentemente não ligadas à saúde, mas que, de todo modo, interferem nesse campo. Tais fenômenos revelam a forma como a sociedade está estruturada e os conflitos presentes. O espaço sanitário encontra-se imerso nessa dinâmica social e se constitui também um ator que produz sentidos e valores estéticos que interferem na própria compreensão da realidade.

A estetização da saúde é um exemplo dessa questão que se coloca atualmente como área de interesse de usuários, profissionais e teóricos do campo da saúde. A crescente valorização de parâmetros estéticos e a polissemia de termos a eles agregados, levam-nos a identificar uma convergência entre áreas de atuação. Há pouco tempo eram consideradas distintas, mas, hoje, mesclam-se e ajudam a produzir novos significados, novas práticas e novos problemas na saúde pública.

Tal ideário incorpora uma percepção utilitarista e pragmática da vida que posiciona o corpo como máquina a ser consertada, como objeto obsoleto a ser constantemente "melhorado". O olhar tecnicista que reproduz valores instrumentais, reafirma de maneira incessante a obsolescência do corpo e a necessidade das novas exigências para aprimorá-lo, modernizá-lo,

adequá-lo. A indústria da metamorfose corporal reflete um conjunto de práticas também ligadas ao mercado farmacológico, que é politicamente hegemônico e dissemina uma visão dualista, funcional do corpo.

No âmbito das cirurgias estéticas, o simbólico modela o concreto, dá sentido a ele. O corpo é o local do conflito, e as intervenções clínicas nele procedidas são formas de intervenção da cultura que revelam o *controle disciplinar dos corpos*. A ordem social interage com o campo da saúde, ajudando a modelar a corporeidade de acordo com seus interesses; cabe aos sujeitos entender e utilizar essas estratégias, que tanto podem ser de resistência a valores e práticas ditatoriais, perversas, como de sujeição a eles.

Tal panorama reflete também a crise dos valores humanos – mitigação da solidariedade, da amizade e do respeito ao próximo, tornando a busca pelo dinheiro e sucesso a finalidade primeira da vida – o que acarreta consumismo e impossibilidade de lidar com a *crueldade da realidade* (ROSSET, 2002).

A dimensão estética ocupa um lugar central nessa crise de valores, mantendo as questões relativas ao corpo na superficialidade. Segundo Clément Rosset, a recusa do real pode tomar formas muito variadas: pode manifestar-se por meio da negação radical, aniquilando o real e o próprio sujeito, como no caso do suicídio; a sublimação do mundo concreto através da loucura, na qual a vida biológica é mantida ao custo da ruína mental; há também o recalcamento[4] descri-

[4] **Recalcamento**, para Freud "*é a condição preliminar da formação de um sintoma, mas é também algo de que não conhecemos nenhum análogo. Tomemos um impulso, um processo*

to por Freud, no qual subsistem vestígios do real no inconsciente; ocorre ainda a forclusão[5] descrita por Lacan; cada uma dessas formas de recusa do real, de maneira diferente, turva a capacidade existencial dos sujeitos.

Mas a atitude mais comum frente à realidade desagradável não subtrai o real, ao contrário, incorpora-o e, ao mesmo tempo, o ignora. Não há uma recusa pura e simples do real, ele não é negado, mas suas consequências são ignoradas, desconsideradas e tornadas inúteis. Para Clément Rosset, "*na ilusão, quer dizer, na forma mais corrente de afastamento do real, não se observa uma recusa de percepção propriamente dita. Nela a coisa não é negada, mas apenas deslocada, colocada em outro lugar*" (ROSSET, 1999, p. 14).

A percepção é cindida em dois aspectos – um teórico, relativo ao que se vê; e outro prático, relati-

psíquico dotado de uma tendência a se transformar em ato: sabemos que esse impulso pode ser desviado, rejeitado, condenado. Com isso, a energia de que dispõe lhe é retirada, ele se torna impotente, mas pode persistir na qualidade de lembrança. Todas as decisões de que o impulso é objeto são tomadas sob o controle consciente do eu. As coisas deveriam se passar de outro modo quando o mesmo impulso sofre um recalcamento. Ele conservaria sua energia, mas não deixaria nenhuma lembrança atrás de si; o próprio processo de recalcamento se realizaria fora da consciência do eu" (KAUFMANN, 1996).

[5] **Forclusão** sugere a exclusão da realidade e é empregado nas orações completivas, governadas por verbos que exprimem o temor, a precaução e o impedimento. No temor, por exemplo, há discordância entre o desejo do sujeito da oração principal e a possibilidade que ele contempla; no impedimento, há discordância entre o fenômeno que deveria se produzir e a força que o impede (KAUFMANN, 1996).

vo ao que se faz – de modo que nem sempre entram em concordância e atuam juntos. O que é percebido e entendido não é levado em consideração no momento da ação; ou seja, a percepção é correta, exata, mas as consequências dos atos obedecem ao desejo, que não se deixa aprisionar nas teias da razão. "*Esta é, na verdade, a estrutura fundamental da ilusão: uma arte de perceber com exatidão, mas de ignorar a consequência. Assim, o iludido transforma o acontecimento único que percebe em dois acontecimentos que não coincidem, de tal modo que a coisa que percebe é posta em outro lugar, incapaz de se confundir consigo mesma*" (ROSSET, 1999, p. 18).

As máquinas capitalistas produtoras de sentidos e desejos, pensadas por Guattari e Rolnik (1999), fornecem a ilusão de um corpo perfeito, pura idealização. No entanto, mesmo percebendo tal impossibilidade, há quem consuma toda a sua energia tentando obtê-la. Saber os riscos das cirurgias plásticas não tem impedido o crescimento exponencial delas, entre jovens mulheres brasileiras, por exemplo. Um simulacro que produz um duplo, a construção de uma imagem que vai ao encontro do desejo de aceitação. Ao mesmo tempo em que há a percepção dessa idealização e de sua impossibilidade, há a perseguição desmedida a ela e o "apagamento" das possíveis consequências danosas. A duplicação do real é reforçada pela perspectiva dualista que separa e opõe *corpo e mente*, *corpo e espírito*, *matéria e ideia*, *imanência e transcendência*. Em sua origem, pode-se notar os mesmos argumentos de outros discursos que apagam o real em proveito da representação. Venera-se a imagem da forma perfeita, do mesmo modo que se

venerava o sagrado. Opera-se um deslocamento do real para um outro mundo, feito de ideias e corpos inalcançáveis. Só que, ao invés de rememorar ou rezar, devemos malhar, levar a cabo dietas restritivas, submetermos-nos a cirurgias estéticas.

Transfere-se para outro lugar a chave que permite decifrar e suportar a realidade imediata, já que o real é cruel, difícil de enfrentar e insuficiente para dar conta da situação, para traduzir os sentidos e desejos esperados. A imagem passa, então, a ser a alternativa, o meio que dá sentido à existência. O duplo, o simulacro, passa a fazer mais sentido; essa recusa da realidade "*aliás, é apenas uma das formas mais gerais de recusa da vida*" (ROSSET, 1999, p. 82).

O narcisismo se revela nocivo ao sujeito na medida em que a imagem passa a fazer mais sentido do que ele próprio, já que a vida passa a estar em função dela. Para Clément Rosset, "*o narcisista sofre por não se amar: ele só ama a sua representação*" (ROSSET, 1999, p. 96). É para a sua imagem que o sujeito se volta e dedica todo seu esforço no sentido de alcançá-la, tocá-la, tornar-se pura imagem, o seu duplo. Mas o relato do mito é trágico: a imagem de um homem que se volta para si mesmo, num gesto de isolamento que o leva à solidão e à morte.

Nesse sentido, a cultura do corpo se torna o valor absoluto. O uso narcísico do corpo se coloca como instrumento a serviço da máquina de produção de sentidos e desejos sugerida por Guattari (1999). A preocupação excessiva com a imagem aprisiona os sujeitos.

Essa produção é essencialmente social, mas é assumida/vista pelos indivíduos, em suas existências particulares, como manifestação de singularidade, e

o que o sujeito percebe como singularização pode ser visto também como "pseudo singularização"; em outras palavras, adaptação a modelos pré-fabricados de singularidade.

Os modos de perceber, sentir e cuidar do corpo são influenciados por processos de subjetivação ditados pelo mercado. Segundo Guattari,

> a ordem capitalística produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se trepa, como se fala, etc. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro – em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo" (GUATTARI, 1999, p. 42).

Nessa forma maquínica de pensar o corpo, há mistura de saberes e "verdades" oriundas do pensamento científico, de alguns setores da racionalidade médica ocidental, da organização social pautada pelos valores do eterno conflito existente entre uma razão técnica, instrumental, e uma razão crítica, mais humanizada. Tais fatores compõem o pano de fundo daquilo que busco definir como *estetização da saúde*, permitindo a criação das condições para aproximação da estética e da bioética, com outros discursos oriundos do campo da saúde.

Em sua linha de pesquisa "*racionalidades médicas e práticas em saúde*", Madel Luz (2003) comparou sistemas médicos complexos (medicina homeopática, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica, biomedicina) quanto a paradigmas terapêuticos;

comparou práticas e representações de terapeutas e pacientes, buscando verificar a existência de mais de uma racionalidade médica atuando na cultura atual; comparou, também, as diferentes práticas coletivas em saúde, terapêuticas ou não, para apreender racionalidades específicas, analisando sentidos e significados atribuídos às práticas desenvolvidas pela sociedade civil. Segundo ela, "*essas racionalidades coexistem de fato em nossa cultura, às vezes de maneira conflituosa, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada, frequentemente de modo híbrido ou sincrético, tanto em termos teóricos como empíricos, isto é, justapondo ou integrando numa "colagem" prática aspectos conceituais de distintas racionalidades*" (LUZ, 2003, p. 88).

Algumas práticas permitem a aproximação com valores sociais e éticos relativos ao corpo, a estética e a saúde; possibilitam o surgimento de movimentos que tanto visam modelar o corpo adequando-o às normas sociais (através da corpolatria, *fitness*, cirurgias e outros), quanto valorizar a harmonização entre corpo e espírito (praticantes de *yoga*, *tai-chi*, medicinas alternativas, meditação, alongamento, biodança, dança de salão e afins). Interessante notar que essas diferentes representações de corpo/espírito, saúde/doença, indivíduo/pessoa não são, necessariamente, partilhadas por grupos distintos, antagônicos; muito pelo contrário, é possível encontrar, num mesmo espaço, essa diversidade de "estratégias" sendo oferecidas simultaneamente. Academias e clínicas de estética podem oferecer produtos diferenciados para a mesma pessoa.

A saúde tornou-se um guarda-chuva simbólico sob o qual tudo cabe. Ter saúde não se restringe mais

a evitar as doenças, a "preservar-se", a "não correr riscos", a permanecer na normalidade médica. Ter saúde implica, agora, também, cuidar da forma, do peso, da aparência (da pele, das rugas, dos cabelos brancos), da alimentação, da dieta. "*É a estética, mais que a racionalidade médica e seus modelos (normalidade/patologia, ou vitalidade/energia), o critério sociocultural de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente são "saudáveis", ou se precisam exercer alguma atividade de saúde, através do estabelecimento de padrões rígidos de forma física*" (LUZ, 2003, p. 104).

As relações de trabalho também são influenciadas por essa perspectiva, a empregabilidade de algumas pessoas depende diretamente de sua aparência física. A preocupação com a estética não mais significa apenas uma forma de manter a aparência ou a saúde. Metamorfoseou-se em *status* de distinção social, como promessa de mobilidade de classe.

A estetização da saúde e da vida cotidiana permite, hoje, o crescimento de diversas atividades comerciais ligadas às indústrias da estética, da cosmética, atendendo a uma demanda crescente, oferecendo serviços, medicamentos, equipamentos, profissionais (qualificados ou não), financiamentos, seguros, atividades físicas (esportivas ou recreativas), publicidade na grande imprensa, revistas especializadas, spa's e hotéis especializados. Os interesses comerciais desse setor não devem ser menosprezados.

Manter o corpo jovem, magro e sensual é preocupação constante e permite o surgimento dessa multiplicidade de agenciamentos de subjetivação. Para Guattari (1999), a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social, e é aí

que o corpo se torna um objeto moldável. O caráter pragmático de alguns setores da sociedade ocidental contemporânea induz um número crescente de pessoas a buscar "soluções rápidas" para resolver suas demandas por um corpo idealizado.

A doença, agora, é construída, ela é uma projeção, uma outra imagem idealizada que não se confirma, uma construção fantasmagórica que gera dismorfia. O que é considerado normal ou patológico muda de eixo. A concepção de "organismo", cunhada a partir do século XIX, foi fundamental no estabelecimento das categorias "normal" e "patológico", como fundamentos da medicina clínica. Hoje, com a estetização da saúde, a concepção clássica de organismo tornou-se obsoleta e já não dá todas as respostas. O que é considerado normal ou patológico refere-se muito mais a uma imagem idealizada do que a uma enfermidade inscrita no organismo. Em outras palavras, a doença se alimenta de imagens, de desejos, de expectativas de se adequar à normalidade definida no mundo social. No contemporâneo, a natureza pode ser "alterada" para que a cultura faça o seu trabalho através de técnicas, procedimentos e modos de pensar aparentemente "neutros e racionais".

O papel do corpo e o processo de construção da identidade na sociedade vigente apontam para questões éticas ainda não presentes na pauta principal de discussão dos atores que atuam no *campo* sanitário. Julgo imprescindível incorporar o debate estético à Saúde Pública, pois, pensar a saúde significa refletir, também sobre como os significados acerca do corpo e da beleza vêm sendo (re)produzidos nas diferentes instâncias societárias.

Referências

BAUDRILLARD. Jean. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 1981.

BAUDRILLARD. Jean. *O sistema dos objetos*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

BAUDRILLARD. Jean. *Para uma economia política do signo*. Lisboa: Edições 70, 1981.

BOURDIEU, Pierre. *La distinction: critique sociale de jugement*. Paris: Minuit, 1979.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FERREIRA, Francisco Romão. *Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e saúde pública.* (tese de doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

GUATTARI, Felix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Felix. *O inconsciente maquínico: ensaios de esquizo-análise*. Campinas: Papirus, 1988.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1999.

KAUFMANN, Pierre. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, Jacques. *Écrits 1*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.

LIPOVETSKY, Gilles. *O império do efêmero*. São Paulo: Cia da Letras, 1989.

LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004.

LIPOVETSKY, Gilles. *Luxo eterno: da idade do sagrado ao tempo das marcas*. São Paulo: Cia. das Letras, 2005.

LOBATO, Sheila. "O poder da beleza". *Folha de São Paulo*, 13 de 0utubro de 2003.

LUZ, Madel. *Novos saberes e práticas na saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, Madel. *Natural, racional, social*. São Paulo: Hucitec, 2004.

ROSSET, Clément. *O princípio de crueldade*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

ROSSET, Clément. *O real e seu duplo: ensaio sobre a ilusão*. Porto Alegre: LP&M, 1999.

CUIDAR E CURAR PARA GOVERNAR: AS CAMPANHAS DE SAÚDE NA ESCOLA

Iolanda Montano dos Santos

O presente texto se constituiu a partir de um recorte da minha pesquisa[1], em que discuti algumas das relações entre educação e saúde na escola: as práticas de higiene, de cuidado e de cura, através dos discursos evidenciados em algumas campanhas de prevenção à doença e de promoção da saúde escolar. Tomando como referência algumas contribuições de Michel Focault, entre outros autores, examinei as campanhas *Quem Ouve Bem Aprende Melhor*! (edição 1999 e 2001) e a *Campanha de Nacional de Reabilitação Visual – Olho no Olho* (edição 1998, 1999, 2000, 2003), inseridas no Programa Nacional de Saúde Escolar.

Procurei mostrar como as **campanhas de saúde** entram em operação para o controle dos corpos infantis, cuja finalidade é normalizar e governar tais corpos. Argumentei que o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) se caracteriza como uma proposta nacional abrangente, tratando a saúde escolar de forma universal, marcando, assim, não só a inten-

---

[1] Dissertação de Mestrado intitulada *Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola* (Santos, 2004), realizada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação do prof. Alfredo Veiga-Neto. Uma primeira versão deste texto foi publicada sob o título *A saúde entra na escola* (SANTOS, 2006).

ção de intervir, mas suas formas de governamento. Tal Programa foi explorado como um dispositivo de governamento que, a partir de algumas conexões entre saber e poder, se constituiu numa trama discursiva sobre saúde, tendo como alvo principal o corpo na fase que se convencionou nomear de infância, e seus processos de desenvolvimento físico, intelectual, moral e afetivo.

Neste trabalho, de maneira breve, procuro mostrar *os modos* preconizados nos documentos oficiais, de como a escola deve trabalhar para educar e persuadir os alunos, professores e familiares sobre a prevenção da cegueira e da surdez. Na esteira disso, destaco a interlocução entre o discurso pedagógico e o discurso terapêutico, a partir da postura higienista, enfatizando os bons hábitos para a formação de 'bons sujeitos'.

A escola como lugar de cuidado, higiene e cura

De certa forma, a escola tem sido vista por diversos segmentos da sociedade como o antídoto contra todos os males causados pela pobreza, marginalidade, doença. O êxito escolar é também percebido como uma maior garantia contra o "desenraizamento", ou seja, contra a perda de sociabilidade, junto à ausência de trabalho. Para os partidários da renovação pedagógica, "*educar para paz, contra o sexismo, em defesa dos recursos naturais e fomentando o amor à natureza se converteu num objetivo prioritário*" (CASTEL *apud* ALVAREZ-URÍA, 1996, p. 132).

Pode-se pensar a escola como uma maquinaria, onde as velhas estratégias – educar, curar, reformar, punir – estão articuladas a outras, de âmbitos sociais e políticos, no sentido de regular a vida e a conduta das crianças, através de ações direcionadas às suas capacidades físicas, mentais e psicológicas. O que estou querendo salientar é de que forma as estratégias de Governo tomam como seu objeto fenômenos referentes ao número de sujeitos, às idades, ao estado de saúde, aos hábitos e aos vícios de uma determinada população. Nesse sentido, Rose (1998, p. 35) refere-se a "*uma certa forma de buscar a realização de fins sociais e políticos através da ação, de uma maneira calculada, sobre as forças, as atividades e as relações dos indivíduos que constituem uma população*" (especificamente, a população escolar). As ações que são distribuídas microscopicamente no tecido social, podem ser chamadas de "práticas de governamento"[2].

Foi em Rousseau (1973) que, de certo modo, apareceu pela primeira vez, um pouco mais delineada, uma preocupação com a educação escolar do corpo e como ela poderia manifestar-se. De acordo com seu pensamento, as práticas escolares deveriam

---

[2] Veiga-Neto (2001a, 2002) propõe a utilização do termo *governamento* em substituição ao termo *governo*, fazendo distinção entre a instância do Estado (a instância que governa) e o ato ou a ação de governar; por isso, parece ser mais adequado falarmos em "práticas de governamento" (VEIGA-NETO, 2002, p. 21). Devido a tal consideração, para diferenciar a qual governo estou me referindo, adoto o termo grafado com G maiúsculo, quando me referir à instância governamental.

promover o desenvolvimento espontâneo da sensibilidade, no sentido de o ser humano ver com seus próprios olhos, sentir com o coração e não ser governado, a não ser pela sua própria razão. As contribuições de Rousseau (1973) nos ajudam a pensar numa educação voltada para a natureza. Ou seja, esse autor nos propõe uma educação, cujo objetivo seria a formação do homem com base numa moral ditada pela natureza. Nesse sentido, esse filósofo nos fala da necessidade de se educarem os homens comuns, e das imagens de uma natureza associada à cultura dos homens.

No contexto dessa visibilidade, é possível perceber algumas práticas relacionadas ao cuidado do corpo. Pode-se dizer que, apenas nos finais do século XVIII, os médicos higienistas foram adquirindo espaço na sociedade através de uma ação intervencionista, não só dos cuidados corporais, como também da alimentação, roupa, dos hábitos e costumes das pessoas.

Desse modo, instituiu-se uma espécie de "política médica", cuja ação era marcada por dois objetivos complementares: regulamentar os costumes adquiridos pelos excessos, e assegurar as condições propícias à subsistência corporal. No que diz respeito à preservação dos bons costumes, ressaltam-se alguns aspectos, como o respeito pelos atos religiosos, a defesa da tranquilidade pública, a luta contra a mendicância e o roubo, a repressão aos jogos ilícitos e aos exageros do luxo. Em relação à subsistência corporal, tais higienistas propunham a vigilância sobre a saúde em geral, como, por exemplo, a higiene do ar e da água e a conservação de medicamentos e alimentos.

A partir do higienista Andrade Junior, Machado (1978)[3] afirma que transformados os hábitos e fortalecidas as constituições, "nesta idade de cera em que todas as sensações, boas ou más, ficam tão profundamente gravadas" (MACHADO, 1978, p. 297), tornar-se-á possível uma sociedade futura moral e fisicamente mais sadia. Desse modo, ao defender a saúde física e moral, a Medicina também estaria comprometida com os ideais considerados nobres da educação. Portanto, não aplicar um suposto saber médico no estabelecimento de ensino, significa comprometer o futuro da sociedade e, mais imediatamente, modificar o colégio *de* centro de formação de cidadãos sadios e úteis – que é um dos seus objetivos principais – *para* uma ameaça a seus internos.

A partir dessa perspectiva, a escola é considerada o *locus* privilegiado para que tais transformações ocorram. Para que a escola cumpra seu objetivo de "cuidar da criança", ela deve estar longe da cidade e organizada internamente de acordo com as determinações médicas, condição para que haja uma investida total sobre a vida infantil, e para obter-se o resultado esperado: uma criança saudável física e moralmente.

No processo civilizador da criança, o pequeno "selvagem" ou aquele que se encontra num processo

[3] Machado (1978), em suas análises, refere-se, entre outras, à tese do médico-higienista José Bonifácio Caldeira de Andrade Junior, intitulada "*Esboço de uma higiene dos colégios, aplicável aos nossos colégios*" (regras tendentes à conservação da saúde e ao desenvolvimento das forças físicas e intelectuais segundo as quais se devem regular os nossos colégios), tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

"natural" a partir do qual será educado, articulam-se os discursos médicos – ser limpo, cuidar do corpo para manter-se saudável – e o discurso pedagógico que ensina tais práticas. Nesse sentido, pode-se entender que o discurso médico difundiu-se, em tais instituições, para o governamento dos problemas de saúde dos indivíduos e da população.

Para Machado (1978), o discurso médico sobre as escolas defende sua localização fora do espaço urbano não porque tais espaços sejam agentes de corrupção de sua atmosfera, mas porque não se encontram na cidade as condições de salubridade convenientes aos seus objetivos educacionais.

É importante salientar que o discurso sobre a materialidade da escola não se restringe à sua localização, mas se estende também a outros elementos constitutivos do seu espaço – a intervenção no interior da escola. Os dois aspectos ligados a essa intervenção dizem respeito, de um lado, à materialidade do edifício, de suas disposições internas, de seus acessórios; e, de outro lado, aos indivíduos que estão presentes no interior desse edifício escolar. Tais aspectos estão interrelacionados, na medida em que uma determinada disposição do espaço permite, não só garantir as condições de saúde física – que por sua vez garantem a saúde moral – mas, também, por permitir um maior conhecimento, controle e intervenção sobre os indivíduos. Considerando tais argumentos, a instituição escolar é uma "*pequena cidade onde os habitantes são inexperientes e ainda ignorantes*" (MACHADO, 1978, p. 299), mas cuja organização "*orientada pelas luzes da medicina faz prever sua gradativa transformação; objetivo presente em todas as*

medidas médicas de ordenação do espaço escolar, do tempo e dos corpos dos educandos" (Ibid.).

Para esse autor, alguns elementos atravessam o discurso sobre a materialidade da escola, como, por exemplo, o ar, a limpeza, o uniforme, o exame médico. Para se obter uma boa ventilação e evitar a sua corrupção, o edifício-escola deve ter amplas janelas e suas paredes e assoalhos devem ser mantidos limpos, para evitar a infecção do ar. A sala de aula deve ter espaço suficiente para cada aluno, iluminação adequada, bancos e mesas de acordo com a idade dos alunos.

Em função disso Machado (1978) disse que, se a escola é materialmente fundada nas determinações médicas, os sujeitos que nela convivem são objeto de atenção constante e permanente. Portanto, tais sujeitos devem ser penetrados, desvendados e subjetivados por uma autoridade médica. Isso é, "*a presença médica não deve se restringir ao espaço da enfermaria; seu poder de decisão e organização deve ser amplo, ocupando toda a escola*" (Idem, p. 301).

Com isso, lembro novamente que o objeto privilegiado da atenção médica é o jovem estudante, pois, conforme esse autor, chegando à porta da escola, o estudante (criança ou jovem) passa a ser de domínio médico, igualando-se a todos os outros. Pode-se dizer que a sujeição desse estudante a uma instância de decisão dotada de ciência é condição essencial para que se exerça um saber e poder médicos.

A partir dos estudos de Machado (1978), é importante destacar também que, já no momento da matrícula, o médico deveria realizar uma inspeção física e moral (*sic*), verificar a vacinação e fazer um

levantamento geral da saúde dos alunos. Trata-se de uma primeira triagem que individualiza cada estudante. Mas, também foi proposto pelos médicos uma segunda triagem que classifica de acordo com as idades, constituindo, a partir do aglomerado de estudantes, grupos uniformes que facilitariam o controle eficaz sobre cada um.

Nesse contexto, é possível supor que a Educação em Saúde funciona como uma estratégia para o exercício do biopoder, uma vez que articula disciplina e normas de comportamento, com a finalidade de promover uma "boa saúde". Dessa forma, pode-se entender que a tecnologia do biopoder "*não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute, integra-a, modifica-a parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela e, incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia*" (FOUCAULT, 1999a, p. 288).

Desse modo, há uma suposta investida, dentro da escola, sobre a vida dos colegiais, através dos seus corpos, como condição de possibilidade para que se opere a transformação desejada e procurada. Portanto, estabelece-se um programa a ser seguido, a articulação de um minucioso controle e de uma minuciosa construção do corpo e da moral dos estudantes.

A modernidade como busca de limpeza

A problematização da escola como lugar de cura e higiene, em articulação com a gênese da Modernidade como busca de limpeza, levou-me, em especial, para o texto de Bauman (1998). Esse autor analisa o

Estado Moderno como uma instituição que soube o que a ordem devia parecer, e que teve força e arrogância, não apenas para proclamar o que deveriam ser considerados desordem e caos, como também para obrigar as pessoas a viverem sob a condição da ordem. Em outras palavras, foi o Estado Moderno que legislou a ordem para a existência e a definiu como a 'clareza' de aglutinar divisões, classificações, distribuições e fronteiras.

A intervenção humana "*insere na natureza a própria distinção entre pureza e imundície*, *cria a própria possibilidade de uma determinada parte do mundo natural ser limpa ou suja*" (BAUMAN, 1998, p. 14). A partir desse entendimento, esse autor nos fala,

> [...] a pureza como uma visão das coisas colocadas em lugares *diferentes* dos que elas ocupariam, se não fossem levadas a se mudar para outro lugar, impulsionadas, arrastadas ou incitadas; uma visão da *ordem*, isto é, de uma situação em que cada coisa se acha em seu justo lugar e em nenhum outro. O oposto da pureza – o sujo, o imundo, os agentes poluidores – são coisas fora do lugar (BAUMAN, 1998, p. 14).

Portanto, as coisas que são consideradas "sujas" num contexto, podem tornar-se "puras", exatamente por serem colocadas num outro lugar, e vice-versa. Como, por exemplo, a criança surda, que tem condições de aprendizagem, pode tornar-se uma *anormal* quando fora do seu lugar, ou seja, fora da sua escola ou longe do seu grupo de surdos. Ou, ainda, na possibilidade de alguns não serem capazes de aprender ou de não conseguirem um determinado aproveitamento satisfatório, passarem a ser considerados inaptos.

Uma vez que o critério da pureza é a aptidão de participar do jogo, digamos assim, de aprender, os deixados fora como um problema, como a sujeira que precisa ser removida, são *aprendizes falhos* – pessoas incapazes de responder às solicitações da instituição escolar, porque lhes faltam os recursos requeridos; pessoas incapazes de ser indivíduos autônomos e competentes. Portanto, são eles os novos impuros, que não se ajustam ao novo esquema de pureza; eles são os objetos fora do lugar.

Para Bauman (1998), o interesse pela pureza e o associado interesse pela higiene (isto é, manter a sujeira longe) tem uma relação mais do que acidental com a fragilidade da ordem. A *ordem* significa um meio regular e estável para os nossos atos; um mundo em que as probabilidades dos acontecimentos não estejam ao acaso, mas arrumadas numa hierarquia estrita – de modo que certos acontecimentos sejam altamente prováveis, outros menos prováveis, alguns virtualmente impossíveis.

De certa forma, pode-se pensar que a ordenação das coisas no mundo moderno se dá por meio da classificação; ou seja, através da ação de incluir e excluir. Nesse ato classificatório (de poder e saber), se estabelece uma relação assimétrica entre as partes, por exemplo, entre o mais forte (o limpo) e o menos forte (o sujo).

Na esteira disso, e a partir das contribuições de alguns teóricos da perspectiva pós-estruturalista, é importante reconhecer as noções de saúde e doença como construções sociais. Sendo assim, a partir de tais noções de saúde e doença, pode-se dizer que o indivíduo é considerado doente, segundo a classifi-

cação de sua sociedade, e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa.

Com o propósito de discussão, parece-me interessante salientar o caráter natural que é atribuído à definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, por exemplo. Ela diz respeito a um "*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas à ausência de doença*". Segundo a OMS, essa noção simboliza um compromisso e um horizonte a ser perseguido pelo Estado. De certa forma, ele justifica todo um conjunto de medidas administrativas, estratégias e programas que visam atender à emergência de problemas que possam colocar em risco a segurança da população ou do Estado: campanhas de vacinação e exames médicos, na área da Saúde Escolar; ou, ainda, programas de alfabetização, na Educação.

De acordo com Canguilhem (1966), a doença também representa uma experiência de inovação positiva do ser vivo e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. A doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação:

> [...] se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com as condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. [...] aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado (CANGUILHEM, 1966, p. 145, 148, 160).

Em suma, se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para diversos sujeitos considerados simul-

taneamente, ela se torna precisa para uma única e mesma pessoa consideradas diferentes ocasiões, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo: o que é normal em uma situação, pode se tornar patológico em outra. Seguindo esse raciocínio, tanto Goldstein quanto Laugier (*apud* CANGUILHEM, 1966), afirmaram que uma média obtida estatisticamente não permite dizer se determinado indivíduo, presente diante de nós, é normal ou não. Portanto, o que se pode depreender dessa concepção canguilhemiana é que ela parece romper com a visão característica do século XIX, de saúde como adequação a uma norma, a um modelo predefinido. Em tal perspectiva, a saúde deveria expressar diferentes padrões, deixando de se limitar à perspectiva da adaptação.

Podemos afirmar, ainda, que é essa dupla realidade da norma – de um lado, norma como regra de conduta, como oposição à irregularidade e à desordem; de outro lado, norma como regularidade funcional, como oposição ao patológico e à doença – que faz dela um operador tão útil ao biopoder. Ela se coloca, ao mesmo tempo, sobre um corpo individual e sobre um corpo coletivo (do qual esse corpo individual faz parte e com o qual contribui para dar sentido).

De acordo com Foucault (1999a, p. 302), a sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. A norma é o elemento que circula entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população; que permite, a um só tempo, controlar a ordem disciplinar do corpo e os

acontecimentos aleatórios que ocorrem em uma população. Portanto, pode-se pensar que o poder, denominado de biopoder, conseguiu cobrir a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo entre as tecnologias disciplinares e as tecnologias de regulamentação.

Modos como vi as campanhas de saúde escolar

> *Sabe-se que 85% do contato do homem com o mundo dá-se através da visão, sendo que os problemas relacionados aos olhos acarretam ônus ao aprendizado e à socialização (BRASIL, 2002, p. 1).*

> *Ouvir bem é muito importante para a vida do escolar. Mesmo perdas auditivas leves podem dificultar o aprendizado. Uma deficiência auditiva fácil de ser resolvida pode virar uma dificuldade para o resto da vida se for percebida muito tarde (BRASIL, 2001, s/p).*

Nesta seção, de forma breve, procuro focalizar *o quanto e como* algumas campanhas de saúde foram disseminadas no espaço escolar e, assim, discutir a produção dos discursos de tais campanhas e a positividade do Programa Nacional de Saúde do Escolar. Essa possibilidade de perguntar *como* funcionaram tais campanhas colocou-me num caminho em que não há lugar para a elaboração de conceitos e nem para definições sobre essa temática. Nesse modo de pensar o que me interessa, como argumentou Foucault (2002, p. 152), "*não é ver que projeto está na base de tudo isso, mas em termos de estratégia, como as peças foram dispostas*".

Desenvolvi a minha análise nessa direção, entrelaçando alguns fragmentos retirados dos materiais analisados com as questões a que me propus discutir na Dissertação. Apresentei essas campanhas de saúde, mostrando o que esses materiais dizem para os sujeitos sobre os quais falam, como tais materiais podem dirigir e definir a conduta das crianças. Nesse sentido, entendi tais campanhas como um dispositivo de governamento das condutas dos indivíduos que constituem uma nova (velha) ordem: a ordem da saúde. Procurei mostrar, através dos materiais das campanhas selecionados, algumas das estratégias de governamento colocadas em ação.

O Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) foi direcionado para o atendimento das necessidades de saúde identificadas na população escolar. Tal Programa baseou-se no repasse de recursos para a promoção da saúde, sobretudo dos alunos que estão iniciando o Ensino Fundamental nas escolas públicas brasileiras (do Distrito Federal, dos estados e municípios). Nesse sentido, "*partindo do princípio de que para se ter um bom rendimento escolar é preciso que se tenha saúde*" (BRASIL, 2003, p. 5), o Ministério da Educação, por meio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)[4], considerou as dificuldades visuais e auditivas como causadoras de evasão e de repetência escolares.

[4] O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) é uma autarquia vinculada ao Ministério da Educação. Essa autarquia é responsável pela captação de recursos financeiros para o desenvolvimento de uma série de programas que visaram à melhoria da qualidade da educação brasileira.

Seguindo tal raciocínio, o Ministério da Educação, com o objetivo de conscientizar pais, professores e a comunidade em geral sobre alguns dos problemas de saúde que poderiam comprometer diretamente o rendimento escolar da criança, lançou em 1999, duas campanhas nacionais que foram desenvolvidas por intermédio do FNDE em parceria com outros órgãos governamentais e não governamentais: a Campanha Nacional *Quem Ouve Bem, Aprende Melhor*! e a Campanha Nacional de Reabilitação Visual *Olho no Olho*.

Os exames das campanhas *Quem Ouve Bem, Aprende Melhor*! e *Olho no Olho* foram executados pelos professores. Mas, antes, eles deveriam receber treinamento e formação com médicos especialistas das áreas audiométrica e visual. Os materiais didático e audiovisual recebidos pelas escolas tiveram a finalidade de ajudar no momento da aplicação dos exames. Os professores preencheram os formulários com as informações colhidas nos testes feitos com cada aluno e enviaram às organizações parceiras do Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE). As organizações analisaram os resultados e definiram quais crianças precisariam de assistência médica e quais não. Os casos mais sérios poderiam chegar ao atendimento especializado, como aparelhos auditivos e cirurgia de correção.

A *1ª. Campanha Nacional de Prevenção da Surdez*, que ocorreu nos dias 10, 11 e 12 de novembro de 1997, foi promovida pela Sociedade Brasileira de Otologia (órgão que congrega médicos e especialistas nas doenças de ouvido), juntamente com outras entidades governamentais e não governamentais.

Iniciaram a *Primeira Semana Nacional de Prevenção da Surdez – Prevenir é Ouvir* com objetivo informativo; a população recebeu vários materiais sobre doenças do ouvido, suas repercussões na vida cotidiana e no desenvolvimento e aprendizado das crianças. Essa campanha tinha, entre outros, o seguinte objetivo: "*Educar e conscientizar a população brasileira para os problemas da surdez visando a sua prevenção*" (BRASIL, 2003a, p. 1).

Importante sublinhar que a *Campanha Quem Ouve Bem Aprende Melhor* (edição 1999) combinou as ações preventivas e de diagnóstico, uma vez que teve como meta o tratamento desses alunos com distúrbios de audição, e a orientação aos pais e professores. As pesquisas mostraram que as crianças brasileiras, mesmo com perdas auditivas significativas, tinham seus diagnósticos tardiamente detectados, em função da falta de conhecimentos básicos da população em geral, comprometendo assim todo seu desenvolvimento psicossocial. No mesmo material, também foi ressaltado que, embora as dificuldades de aprendizagem apresentassem múltiplas causas, os problemas de audição deveriam ser levados em consideração, pois "*1 em cada 7 crianças tem algum tipo de perda auditiva*" (BRASIL, 2001a, p. 1). De certa forma, parece que a preocupação dessas entidades governamentais e sociedades médicas estaria relacionada ao fato de que essas crianças poderiam ser consideradas *deficientes* devido à dificuldade de comunicação.

Vale dizer que essas campanhas nacionais, que visaram detectar os problemas auditivos e visuais, apontaram não só para a importância do papel do professor, mas também dos especialistas da área da

saúde para a realização do diagnóstico de tais "deficiências".

O que essa prática nos sugere é que a intervenção sobre essa população escolar (do Ensino Fundamental) considerada deficiente já se constituiu por uma organização e pelo agrupamento dessa população nos espaços escolares. Desse modo, a intervenção está associada à demarcação de situações consideradas de risco (doenças, evasão e repetência escolar) de comportamentos, de atitudes. Em outras palavras, pode-se dizer que diagnosticar é uma forma de intervenção, na medida em que acontece uma interlocução entre as disciplinas e o espaço escolar que iriam produzir e sustentar um discurso verdadeiro, legitimado – o discurso do deficiente visual, o discurso do deficiente auditivo.

A partir desse exemplo, pode-se perceber o quanto era importante que o professor seguisse, por exemplo, as instruções do vídeo para a aplicação do teste auditivo, que se apropriasse de todo um conjunto de estratégias para a ordenação e organização da sala de aula, do espaço escolar.

De acordo com Escolano e Frago (1998, p. 126), o espaço escolar pode ser considerado como

> [...] um programa, uma espécie de discurso que institui em sua materialidade um sistema de valores, como os de ordem, disciplina e vigilância, marcos para a aprendizagem sensorial e motora e toda uma semiologia que cobre diferentes símbolos estéticos, culturais e também ideológicos.

A disciplina e a ordem que estariam sendo impostas, através das instruções, para a realização desses

testes podem ser entendidas como "*um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma 'física' ou uma 'anatomia' do poder, uma tecnologia*" (FOUCAULT, 1999, p. 177) às quais tanto o professor quanto o aluno se assujeitam através de técnicas hierárquicas de vigilância, exame e avaliação. Professor e aluno se constituem como objetos de conhecimentos e sujeitos que conhecem, na medida em que o professor extrai a verdade (testes auditivos ou visuais, fichas de observação, exames médicos com entrevistas) ou provoca a ação dos alunos (exercícios, atividades).

Ainda no que se refere às questões da organização do espaço e tempo escolar, pode-se pensar a escola moderna como o lugar onde se coloca em ação um conjunto de estratégias de organização e esquadrinhamento que, de certa forma, define os tempos e espaços dos sujeitos num processo de individualização, permitindo, assim, um maior controle e governamento da população (escolar). Em relação a isso, Comenius (2002) argumenta que a escola precisa estar organizada de forma tal, que todos aprendam tudo ao mesmo tempo; isso é, que a escola tenha um ensino homogeneizante e um método didático que garantam uma ordenada e racional esquematização das ações educativas para melhorar a atividade escolar.

Esse *Programa* foi considerado como pioneiro no Brasil, pois, além da sua abrangência nacional, seu objetivo principal foi a realização de triagens auditivas e visuais procurando atingir a população de um modo geral. Um dos coordenadores dessas

campanhas alertou que, por exemplo, "*a deficiência auditiva interfere de forma dramática na comunicação, prejudica o aprendizado e o convívio escolar*". Ainda segundo o referido especialista, "*as estatística mostram que crianças com problemas auditivos rendem 4% menos na escola. Daí, a importância de avaliar os estudantes, encaminhando para tratamento médico adequado os que apresentarem problemas de audição*" (BRASIL, 2003b, p. 1).

É interessante salientar a estatística como um saber-poder que fornece verdades sobre a população; como um elemento que tem sua forma, a sua importância e o seu discurso próprio; mas, que também está conectada à vontade de produzir verdades e à implicação nas relações de poder sobre a vida – seja da população, seja do individuo tomado separadamente. Nessa perspectiva, "*os saberes estatísticos, permitem que a população se torne mensurável, calculável, pensável em uma racionalidade governamental, oferecendo os instrumentos necessários para se elaborar estratégias e mecanismos de ação para a intervenção nos fenômenos próprios da população*" (SANTOS, 2001, p. 67). A estatística, com suas técnicas e saberes, estaria implicada diretamente com o governamento, na medida em que "*para se governar uma população é necessário isolá-la como um setor da realidade, identificar certas características e processos próprios dela, fazer com que seus traços se tornem observáveis, dizíveis*" (ROSE, 1998, p. 37).

É nesse contexto que os saberes estatísticos, ao informar aspectos como a densidade demográfica, distribuição populacional, número de escolas

e de alunos participantes das campanhas de saúde, quantidade de escolares considerados deficientes e a quantidade de alunos beneficiários de tais campanhas, tornam a população calculável, mensurável e analisável. De certa maneira, os saberes estatísticos permitem, por exemplo, identificar e encaminhar os considerados deficientes visuais e auditivos para os exames – ou consultas médicas – e decidir quem deve obter prótese, usar óculos ou necessitar de algum tipo de intervenção cirúrgica.

A Campanha *Olho no Olho*, enfatizou a preocupação com o ingresso da criança na escola, pois em razão do esforço visual requerido, os alunos poderiam manifestar alguns distúrbios oculares, tais como: dores de cabeça, tonturas, cansaço visual, olhos vermelhos, principalmente se estivessem lendo, escrevendo, pintando ou brincando com objetos próximos dos olhos; bem como problemas visuais pré-existentes que, se não identificados e tratados, poderiam comprometer o processo de ensino e de aprendizagem, além de influírem na formação psicossocial da criança. Ao considerar tais preocupações, esses problemas poderiam ser evitados com "*uma educação preventiva e assistência curativa, sendo, portanto, imprescindível que essas crianças tenham acesso à assistência oftalmológica e aos óculos para terem condições de um desenvolvimento sócio-educacional completo*" (BRASIL, 2002a, p. 9).

A partir da análise desses materiais, pode-se perceber que tais campanhas teriam como foco principal o exercício da cidadania, por meio de ações preventivas que envolviam a comunidade. Esse trabalho se caracterizou por ações como prescrever e

providenciar tratamento para as crianças e encaminhá-las para serviços especializados, quando necessário. A importância das triagens feitas nas escolas pelos professores evidenciou a responsabilidade que foi dada a esses profissionais que iriam detectar os primeiros sinais e sintomas de algum tipo de anomalia. Aqui, novamente, vale lembrar a figura do professor como responsável pela aplicação e execução dos projetos e dos programas educacionais (atividades de ensino), pelo assim chamado diagnóstico inicial.

Convém salientar que, para Comenius (*apud* NARODOWSKI, 2001, p. 89), "*o empenho é colocado no método, o qual o professor deve seguir cuidadosamente e rigorosamente. O professor é um componente a mais dentro de um funcionamento didático maior, que o supera e ao mesmo tempo o inclui*". O professor era considerado – ou talvez ainda seja – um intelectual vigiado. O professor era quem se encarregaria, no interior da escola, em frente a um grupo de alunos, de utilizar as ferramentas que o especialista (pedagogos, médicos, órgãos corporativos) construiria para transmitir os saberes. Em suma, mesmo que o professor se convertesse numa extensão do braço de tais especialistas, ele deveria estar atento e ser capaz de adequar os preceitos de solidez no ensino às mais diversas situações que o processo de escolarização apresentasse.

A importância do diagnóstico está justamente relacionada à prevenção de doenças, nesse estudo das doenças relacionadas aos problemas auditivos e visuais. No entanto, pode-se dizer que a doença tem sido encarada de diferentes maneiras. Segundo Bueno (2001, p. 164),

> [...] em determinadas épocas e em determinadas sociedades ela foi vista como possessão; em outros momentos e espaços sociais foi encarada como desequilíbrio da totalidade do homem; em outros, ainda, como reação do organismo em busca de cura; ou ainda, mais modernamente, como um desvio quantitativo do funcionamento regular do ser humano.

Mas, independentemente das maneiras como a doença tenha sido considerada, o que parece ter ficado evidente foi a necessidade da terapêutica como forma de intervir sobre ela.

Como afirmou Pinto (1999), no processo de inclusão, a tendência seria de que os sujeitos fossem reconhecidos no mundo da cidadania, vivendo numa sociedade cada vez mais democrática e solidária. Já o processo de exclusão teria uma trajetória inversa: quanto menos discursivamente definidos os excluídos, maior seria a exclusão e, por isso, a tendência a um discurso autoritário e conservador. Esses discursos estariam presentes na promoção e divulgação das políticas de inclusão preconizadas pelos órgãos oficiais, como o Ministério de Educação, o Ministério da Saúde e sociedades médicas, daí a necessidade constante desses documentos, de apontarem quem é o aluno que apresenta algum tipo de deficiência auditiva ou visual, quem é o anormal.

De certa forma, ampliar a noção de quem seria o sujeito partícipe das políticas de inclusão (e, nesse caso, o saber estatístico contribuiu para tais identificações) permitiu quadricular, dividir, categorizar e fixar cada vez mais a figura do anormal. Em outras palavras, trata-se de fazer uma "operação de ordenamento" (VEIGA-NETO, 2001). Esse processo que

implica um movimento de aproximação e de convivência no mesmo espaço, provoca a necessidade de reconhecimento do outro. E, talvez, seja nesse "reconhecimento do outro" que exista, nas estratégias de inclusão, uma afirmação constante, marcando quem é o normal e quem é o anormal, permitindo assim, a produção da exclusão pela inclusão.

Desse modo, ao "incluir" se "normaliza". Com isso, entram em operação várias estratégias para analisar, examinar, corrigir, recuperar; ou seja, estão em funcionamento as tecnologias de normalização. Vale dizer que tais tecnologias servem para controlar certas anomalias do corpo social, assim como normalizá-las através de procedimentos corretivos ou terapêuticos.

Segundo Alvarez-Úria (1996a), a educabilidade dos anormais baseava-se – e ainda se baseia –, em determinados contextos: no disciplinamento das emoções, das ações, do corpo e da alma, constituindo um verdadeiro programa de "ortopedia física e psíquica". Seguindo esse raciocínio, a moralidade seria inculcada, geralmente, através de exemplos práticos, já que quanto maior o nível de déficit intelectual, mais viscosa se tornaria a capacidade de raciocínio: "*para o deficiente intelectual, o hábito moral deve preceder a idéia moral*" (ALVAREZ-ÚRIA, 1996a, p. 114). Para esse autor, a escola obrigatória, apesar de ter um cunho normativo e disciplinar, também se constituiu como uma instituição de tutela e assistência. Em outras palavras, pode-se pensar na escola também como um espaço profilático e econômico para o Estado, que acabou se vendo reforçada pela necessidade de reciclagem a que os alunos considerados anormais teriam que ser submetidos.

Dessa forma, os professores passariam a contar com três figuras fundamentais para tutelagem da anormalidade: o pedagogo *expert* (saber pedagógico-educativo), o criminalista (saber jurídico-correcional) e o psiquiatra (saber psicológico-psiquiátrico) – todos especializados no tratamento da infância viciada/viciosa e delinquente. Os professores, amparados por esses vários campos de saber, foram assumindo uma importância fundamental na "identificação" da anormalidade na escola.

Vale dizer que coube aos professores visualizar o rendimento escolar insuficiente ou a inadaptabilidade no espaço e tempo escolares e encaminhar os considerados desviantes/deficientes para os especialistas, os quais fizeram uso de dispositivos avaliativos "científicos" para medir o grau de *déficit* dos sujeitos, a partir do suporte fornecido pelos colégios, pela correção pedagógica, pelos reformatórios e pelos institutos psiquiátricos.

Conforme Alvarez-Úria (1996a), somente a medicalização do sujeito poderia reinseri-lo na sociedade, sem causar danos para os outros e para si mesmo. Portanto, os professores precisaram tornar-se *experts* em todos e em cada um dos alunos, observando-os, examinando-os e categorizando-os a todo o momento; precisaram adquirir e treinar o assim chamado "olho clínico". Para esse autor, a patologização do campo social e escolar justificaram as intervenções corretoras, as medidas profiláticas, as práticas de higiene pública e privada, que somente os especialistas das ciências humanas puderam aplicar.

Um outro exemplo que Comenius (2002) nos apresentou refere-se ao lugar que o professor ocupa-

ria na questão da disciplina escolar; isso é, a responsabilidade pela manutenção da ordem sobre o corpo infantil era do professor e não do aluno. E mais, se ocorresse algum desajuste ou algum tipo de indisciplina, seria o professor considerado responsável por tais situações. Dessa forma, o que ficaria evidente seriam os seus erros na aplicação do método, sendo essa a causa das situações inesperadas e prejudiciais.

Dessa forma, o professor e o diretor deveriam seguir cuidadosa e rigorosamente as instruções, conforme as regras e normas estabelecidas pelo *Manual de Orientação* das campanhas de saúde escolar para a realização dos exames auditivos e visuais.

Tal ideia pode nos remeter ao que Kant (2002, p. 11) disse sobre o homem: "*o homem é a única criatura que precisa ser educada. Por educação entende-se o cuidado de sua infância (a conservação, o trato), a disciplina e a instrução com a formação*". E ainda: "*o homem pode ser ou treinado, disciplinado, instruído, mecanicamente, ou ser em verdade ilustrado*" (KANT, 2002, p. 27). Assim, o modelo de ensino esboçado aproximaria a educação sanitária e preventiva da educação moral. Para Comenius (2002), a instrução, costumes honestos e piedade consistem na excelência do homem, porque só elas constituem a base da vida presente e futura; as outras (saúde, força, beleza, riqueza, dignidade, amizade, sucesso, longevidade) não passam de acréscimos exteriores da vida. Tal educação deveria iniciar-se dogmática e caberia ao professor ser a figura modelar a que o aluno deveria imitar.

Pode-se pensar no professor como o porta-voz das práticas científicas, aquele que identificou problemas de saúde, como, por exemplo, deficiências visuais

e auditivas, associando-as aos princípios da educação sanitária[5] e preventiva, pautadas nos aportes da Psicologia para a sua organização, bem como para a formação dos professores. Na transição do século XIX para o século XX, a escolarização começou a ser alvo do discurso higienista. Contudo, tal discurso não se detinha somente nas condições ambientais da escola. Ele pretendia intervir no domínio pedagógico, considerando que a pedagogia científica que se estava a construir não poderia consumar-se sem que se assentasse na fundamentação do saber médico. Conforme Rocha (2003), a *era da higiene* exigia uma transformação nos métodos e processos de ensino e na formação dos professores. Tal transformação deslocaria os métodos de ensino da lição teórica, das regras e conselhos, possibilitando a fixação de um conjunto de hábitos voltados para a preservação da saúde individual e coletiva.

Essa nova face que se pretendia conferir à educação sanitária, que teria como objetivo desenvolver hábitos e atitudes saudáveis nas crianças, baseou-se na Psicologia para ampliar a discussão sobre as questões pedagógicas. Dessa forma, o professor teria que buscar nos conhecimentos da psicologia seu referencial para trabalhar com as crianças em idade escolar. Assim, com base no conhecimento da ciência da na-

---

[5] Nos estudos de Rocha (2003, p. 186), foi apresentada a seguinte distinção entre "educação higiênica" e "educação sanitária": "A educação higiênica (...) constituía-se de ações educativas em auxílio da polícia sanitária, no controle e prevenção das doenças transmissíveis; já a educação sanitária, que seria um dos principais instrumentos da ação sanitária sob o modelo tecnológico médico-sanitário, voltava-se para a profilaxia das doenças através de mudanças na consciência dos indivíduos".

tureza infantil foi traçado um programa para o ensino da higiene na antiga escola primária.

Cabe ressaltar que a constituição de um campo discursivo sobre a infância foi essencial à sua captura institucional. Bujes (2002) salienta que o exemplo mais "*cabal de tal associação é a noção de desenvolvimento infantil, que permitiu que toda uma construção teórica orientasse as práticas pedagógicas e também a organização institucional, direcionadas para a educação das crianças pequenas*" (p. 244).

A partir desse argumento, pode-se pensar a higienização como um modo de disciplina – disciplina como ortopedia e disciplina como eficiência. De acordo com Carvalho (2001), a pedagogia científica foi constituída pela noção de que as diferenças entre os educandos requeriam modos variados de educação, no sentido de que cada aluno deveria ser um objeto de estudo e ter tratamento particular. Nesse sentido, o sujeito é uma função da visibilidade, dos dispositivos que o fazem ver e orientam seu olhar. Para Foucault (1999), as práticas do exame e as fichas de observação são exemplos de dispositivo de visibilidade e de vigilância.

O exemplo da ficha de observação usado nesses testes de audição e visão mostra, claramente, o que há de implícito nessa operação "natural", de observação e registro, na qual o professor do Ensino Fundamental realiza – observa como o aluno responde ao teste e simplesmente registra o que viu. Para Walkerdine (*apud* LARROSA, 1999, p. 62), esse dispositivo "*tão inócuo estabelece ao mesmo tempo o que é a criança enquanto objeto visível, quais são as coisas que são vistas e classificadas e o que é*

a professora enquanto observadora, *como ela vê as crianças*, *o que ela deve olhar*". Em suma, a ficha de observação e registro, com todo o conjunto de discursos e práticas que a tornam possível, com toda a organização espaço-temporal que implica, constitui o sujeito e o objeto da visão.

Observar, medir, classificar, prevenir, corrigir. Em todas essas operações, pode-se dizer que a remissão à norma é uma constante. A pedagogia científica, as práticas que a constituíram (e constituem) caracterizavam-se por essa remissão constante a cânones de normalidade pela sua necessidade de construir um conhecimento científico do indivíduo. Essas fichas – formulários, fichas de encaminhamento – produzidas pelos Ministério de Educação, Ministério da Saúde e entidades médicas foram generalizadas a todos os alunos do Ensino Fundamental da rede pública e deveriam abranger registros acerca do tipo de deficiência visual e auditiva encontrado no aluno, caso houvesse

Essas práticas, dentre outras, que foram materializadas em medidas e tornadas visíveis, comparáveis, assumiriam uma importância na educação preventiva, à medida que despertariam e manteriam o interesse do aluno pela sua própria saúde. Desse modo, possibilitando a avaliação pela própria criança, por exemplo, da perda auditiva ou visual, o ritual da medição tornaria essa criança vigilante em relação às suas práticas cotidianas de percepção, atenção, entre outras. Vale dizer que foi no cruzamento dessas medidas e observações realizadas pelo professor, médico ou especialista, conforme o lugar onde se encontrava o aluno, que ganhou contorno o caráter específico do aluno (CARVALHO, 2001).

De certa maneira, a prevenção à doença e a promoção à saúde, visando garantir a aquisição de hábitos e desenvolver a capacidade de compreensão e adaptação, ancoraram-se em vários elementos, configurados num conjunto de práticas, conformando os corpos e as mentes dos alunos.

A concepção de ensinar um modo de vida à população, materializada em um programa composto por um conjunto de práticas voltadas para aquisição de hábitos saudáveis, orientou a atuação dos educadores e dos órgãos governamentais. De certa maneira, a ênfase desses programas de saúde, principalmente nas séries iniciais do Ensino Fundamental, foi no sentido de torná-los mais um subsídio para um modo de viver, do que um assunto para ser ensinado. Pode-se dizer que corrigir os *pequenos vícios*, implacável e suavemente, foi apenas uma parte da tarefa que coube ao professor. Parece que foi necessário ir além, inculcando os bons hábitos, resgatando as crianças e suas famílias pela ação sobre o corpo, os gestos, as condutas, a alma.

Surpreender a vida doméstica do aluno através de uma indagação hábil e discreta era visto como uma forma de inculcação de bons hábitos, e até uma forma de eliminação das condutas viciosas. Nesse contexto, é importante entender que a família torna-se instrumento privilegiado, na medida em que, quando se quiser obter alguma coisa dos alunos – quanto, por exemplo, aos comportamentos em seus diferentes aspectos – hábitos e atitudes voltados para a promoção da saúde individual e coletiva –, é a família que se deve chamar. Sobre a parceria ou aliança que a escola deveria fazer com a família, Narodowski (2001) argumentou que:

> [...] a educação escolar só pode se desenvolver, de modo harmonioso, sob o acordo tácito entre pais e professores acerca das responsabilidades que correspondem a cada um, dentro dessa divisão de funções. É preciso que os pais cedam — a partir de um contrato implícito que aceita a legitimidade do saber dos professores — seus direitos sobre o corpo de seus filhos (NARODOWSKI, 2001, p. 52-53).

O Governo Federal, procurando orientar a família através de prescrições e aconselhamentos, elaborou um manual contendo diversas perguntas e informações a respeito da visão. Um manual contendo perguntas e informações de linguagem fácil, correta e atraente ensinariam às crianças, professores e familiares as formas e os modos de prevenção e tratamento das doenças da surdez e da visão. De caráter informativo, esses textos se articulariam de modo a responder algumas perguntas do tipo: o que é? O que se deve fazer? O que se deve evitar?

Nesse sentido, o trabalho do PNSE não foi somente divulgar os preceitos de prevenção a algum tipo de deficiência às crianças em idade escolar, mas a toda população do país e, particularmente, à população mais carente economicamente. As crianças, ao levarem para casa seus livros de histórias, cadernos, álbuns e manuais, de certa forma, estariam passando algumas informações aos seus pais; isso é, "*por causa das figuras*, as famílias se reuniriam em torno do manual escolar, de formato bem cuidado, com *descrições sugestivas e simples*" (ROCHA, 2003, p. 196).

Além de tudo isso, se a inculcação dos hábitos constituiu-se como parte da educação para saúde, garantindo-lhe certa legitimidade, foi necessário, entretanto, ir além da imaginação, da obediência e dos

sentimentos de autoestima, apelando para o poder do raciocínio. Reforçando os hábitos e criando condições para a adaptação da criança às novas situações, o professor deveria estar atento às exigências de clareza e objetividade, tornando o ensino vivo, interessante e prático, por meio de histórias, desenhos, jogos e outras atividades recreativas.

Para Foucault (1999), o controle das atividades refere-se, especialmente, aos modos de codificar, de estabelecer regras para a execução das atividades a serem desenvolvidas pelos sujeitos. Desse modo, as relações de poder disciplinar realizam o ordenamento das atividades, articulando de maneira determinada o corpo de cada um com o tempo, os atos e os objetos da ação, a fim de imprimir máxima eficiência na realização da atividade em questão. A ordenação disciplinar estabelece minuciosa relação entre a realização de cada ato e as posturas corporais necessárias para bem executá-las; exige-se um corpo disciplinado, desde suas mínimas partes até o funcionamento do corpo como totalidade.

Desta maneira, os exercícios podem garantir o aprendizado das habilidades e também seguir uma crescente complexidade em que cada etapa é considerada pré-requisito para a outra. Na pedagogia, o tempo disciplinar significou o estabelecimento de estágios que passaram a ordenar a vida do escolar nos mais diversos aspectos, com a definição de programas, seriações e exames que fixaram as individualidades das crianças e, ao mesmo tempo, funcionaram como "passaporte" para a fase seguinte.

De um modo geral, essas lições, gravuras e textos compuseram uma unidade, operando pela reafirmação

do comportamento exemplar, mesmo quando colocado em cena uma contraconduta, articulando-se, desse modo, a possibilidade de produção de uma natureza perfeita, pela inculcação dos hábitos saudáveis na alma infantil. É importante entender que o corpo e a mente como alvos de poder das pedagogias. Tais pedagogias podem ser consideradas como portadoras de preceitos que dão ao corpo e à mente uma forma e os enquadram para submetê-los a determinadas normas sociais e culturais. Segundo tal lógica, o corpo da criança deve ser endireitado, sua manutenção é objeto renovado de uma educação discreta e insistente. Assim, além do silêncio, onde se imitam as posturas e se reforçam os exemplos, o discurso pedagógico marca rupturas fazendo aparecer um novo corpo anteriormente não percebido.

Por fim, cabe destacar o que pretendi explorar neste texto: o PNSE como um dispositivo de governamento que, a partir de algumas conexões entre saber e poder, constituiu trama discursiva sobre saúde, tendo como alvo principal a infância e seus processos de desenvolvimento físico, intelectual, moral e afetivo. Vale lembrar que o corpo "*adquire diferentes sentidos no momento em que é investido por um poder regulador que o ajusta em seus menores detalhes, impondo limitações, autorizações e obrigações, para além de sua condição fisiológica*" (FRAGA, 2001, p. 63).

Procurei, também, identificar como as estratégias de governamento, utilizadas por esse Programa, foram sendo dispostas, distribuídas, assim como a sua implicação com os jogos de poder. Ao apontar como essas estratégias se conectaram à criação de um corpo de *experts* e à elaboração de um sistema de *experti-*

se, tornou-se possível pensar também, como nessas campanhas de saúde operam certas racionalidades pedagógicas e políticas, associadas à prevenção de doenças e à regulação da saúde do escolar.

Referências

ALVAREZ-URÍA, F. A escola e o espírito do capitalismo. In: COSTA, M.V. (Org.). *Escola básica na virada do século: cultura, política e currículo*. São Paulo: Cortez, 1996, p. 131-144.

ALVAREZ-URÍA, F. La configuración del campo de la infância anormal: de la genealogia foucaultiana y de su aplicación a las instituciones de educación especial. In: FRANKLIN, B. (Org.). *Interpretación de la discapacidad: teoria e historia de la educación especial*. Barcelona: Pomares-Corredor, 1996a, p. 90-122.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação/FNDE; Conselho brasileiro de Oftalmologia. *Senhor(a) Diretor(a)*. Campanha nacional de reabilitação visual – Olho no Olho. Brasília-DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. *Relatório final* – 1997. Campanha nacional pela saúde do escolar – Quem ouve bem, aprende melhor! S/l, 2001. disponível em: http://forl.locoweb.com.br/campanha/5a.htm. Acesso em: 2 mar. 2003a.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. *Informações para a imprensa*. Campanha nacional pela saúde do escolar – Quem ouve bem, aprende melhor! S/l, 2001. Disponível em: http://forl.locoweb.com.br/campanha/4.htm. Acesso em: 2 mar. 2003b.

BRASIL. Ministério da Educação; Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Apresentação*. Campanha nacional de reabilitação visual – Olho no olho. S/l. Disponível em: http://www.saudetotal.com/kikuta/olhono-olho/apresentação.htm. Acesso em: 19 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação/FNDE; Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Manual de orientação da campanha Olho no olho*. Campanha nacional de reabilitação visual – Olho no olho. Brasília-DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *A audição de seus alunos – Cartilha do professor*. Campanha nacional pela saúde do escolar – Quem ouve bem, aprende melhor. S/l, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Caro professor, cara professora*. Campanha nacional pela saúde escolar – Quem ouve bem, aprende melhor. S/l, 2001a..

BUENO, J.G.S. A produção social da identidade do anormal. In: FREITAS, M. C. (Org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001, p. 163-185.

BUJES, M. I. *Infância e maquinarias*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

CARVALHO, M.M.C. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, M.C. (Org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 291-309.

COMENIUS, J. A. *Didática Magna*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ESCOLANO, A; FRAGO, A.V. *Currículo, espaço e subjetividade: a arquitetura como programa*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FRAGA, A.B. Anatomias emergentes e o *bug* muscular: pedagogias do corpo no limiar do século XXI. In: SOARES, C.L. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 61-77.

KANT, I. *Sobre a pedagogia*. Piracicaba: Unimep, 2002.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T.T. (Org.). *O sujeito da Educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 35-86.

MACHADO, R. et al. Medicalizar as instituições. In: MACHADO, R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Graal, 1978. p. 278-352.

NARODOWSKI, M. *Comenius e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

PINTO, C.R.J. Foucault e as Constituições Brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. *Educação & Realidade*, v. 24, n. 2, p. 33-56, 1999.

ROCHA, H.H.P. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas: Mercado das Letras, 2003.

ROSE, N. Governando a alma: a formação de eu privado. In: SILVA, T.T. (Org.). *Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-45.

ROUSSEAU, J.J. *Emilio ou a educação*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1973.

SANTOS, J.D. *Licenciatura e biopoder: uma perspectiva de análise*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação Porto, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2001.

SANTOS, I.M. *Cuidar e curar para governar*: as campanhas de saúde na escola. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2004.

SANTOS, I.M. A saúde entra na escola. *Ponto de Vista: Revista de Educação e Processos Inclusivos*, n. 8, p. 97-120, 2006.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo... In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 13-34.

VEIGA-NETO, A. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (Org.). *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.105-138.

VEIGA-NETO, A. *Governo ou governamento*? Porto Alegre: UFRGS/PPGEDU. Texto digitado. 2001a.

SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA HISTÓRIA

Fernanda Simone Lopes de Paiva

Introdução

A discussão sobre promoção da saúde na escola foi construída historicamente. Contudo, adjetivações "medicalizadoras" que acompanham tal formulação merecem ser problematizadas, principalmente por ser detectável uma preocupação significativa do pensamento médico-higienista na formulação de preceitos para educação das crianças e jovens, na construção de um projeto de escolarização. Mas, como caracterizar essa adjetivação e sua "herança histórica"? O termo parece carregar um juízo de valor depreciativo e homogeneizador do que é/foi a medicina, suas práticas e representações.[1]

[1] Tendo a flexibilizar a interpretação de Machado et al. (1978) de um projeto de medicalização da sociedade no qual a medicina disputa um lugar de destaque entre as instâncias de controle da vida social, atribuindo a ela – e aos médicos – um poder de intervir, decidir, planejar e executar as medidas necessárias à manutenção da saúde individual e coletiva. Nesta perspectiva, a análise macro imputa uma coesão perversa à higiene e é dada como certa uma aliança entre a medicina e a Coroa. Apoiada na história cultural e em estudos posteriores da história da medicina no Brasil, desenvolvidos por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, considerei (PAIVA, 2003) que a relação entre ciência (médica) e sociedade não deveria

A contribuição que gostaria de dar acerca da promoção da saúde na escola está apoiada numa pesquisa histórica que teve como uma de suas fontes as *theses* sustentadas na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro (FMRJ), no século XIX. Nessa investigação, considerei, assim como Edler (1992 e 1999) e Ferreira (1996), que um dos fatores forjadores da autoridade e da legitimidade cultural da medicina foi a sua gradual, progressiva e ostensiva fundamentação científica. A elaboração e sustentação das *theses* foram tomadas como práticas que contribuíram para o processo de engendramento e cientificização do campo médico no Brasil.

A análise do que esses médicos pensavam *sobre* e *para* a educação física só pode ser compreendida conhecendo-se *como* e *por que* a pensaram daquele modo, numa reflexão da produção de conhecimento no campo médico ao longo do século XIX, e dos desdobramentos da construção da especificidade médica. Sobretudo, considerando a assunção da terapêutica e da clínica como seu núcleo duro, e delegando

ser definida *a priori*. Busquei percebê-la e esboçá-la a partir do estudo das hierarquias nas determinações históricas advindas de contextos culturais em que se expressam mediações sociais – dentre elas, as de ordem política e econômica – que orientam as práticas e representações científicas de uma dada época e lugar. Assim, pude vislumbrar o que parece caracterizar o engendramento do campo médico no Brasil: uma transitoriedade que vai do interesse inicial aglutinador de um grupo de médicos, afinadamente formados para atuar na burocracia estatal e que participavam como letrados da elite dirigente, para um interesse cada vez mais marcado de assentar a autoridade médica, na possibilidade de arbitrar fundamentalmente as questões afetas a sua temática específica, sem que essas fossem boicotadas/favorecidas pelos arbítrios do Governo.

para outros agentes de campos específicos, que vão se constituindo paulatinamente, o debate de questões ditas sociais, como a educação e a educação física.

O objetivo do presente texto é dar visibilidade aos sentidos produzidos e veiculados pelas *theses*, chamando a atenção para a riqueza e a diversidade do debate, sugerindo que a ideia de medicalização do social pode ser reequacionada no seu projeto e no seu poder de intervenção. No que tange à discussão da educação e da educação física, o que foi captado foi um lento processo de construção de um projeto de escolarização que, nem tenuamente, chegou a se estabelecer no Brasil oitocentista.

O texto está estruturado em três partes: primeiramente, esclareço a composição de parte do *corpus* documental analisado; depois, analiso uma das ideias-força que dão unidade à discussão da educação física; por fim, sistematizo os três vieses de discussão da educação para saúde que fui capaz de identificar e analisar nas *theses* estudadas.

Descrevendo o *corpus* documental mobilizado na pesquisa

As *Teses Antigas* compõem uma das sessões da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Numa manipulação inicial, se mostraram um universo estranho, no qual foi preciso mergulhar. Já a leitura do *Catálogo de Teses (1832-1985)* provocou as primeiras observações e dúvidas. Mapeados, os títulos das *theses* desenhavam reordenações no desenvolvimento da produção do

conhecimento médico naqueles mais de 150 anos. Um pitoresco vocabulário delineia a especialização de temáticas e a tecnificação da abordagem; percebe-se o abrandamento e, por fim, a quase extinção[2], nos anos 30, de temas afetos às questões sociais. Especificamente sobre educação física – e temas afins que usei para a localização de fontes – nada encontrei após o ano de 1928. Uma aproximação que não considere os trâmites estabelecidos pelos estatutos da FMRJ e a necessidade de desnaturalização das fontes torna incompreensível a repetição de títulos e os títulos compostos (*theses* em três pontos).

O critério para o recorte temporal final[3] foi a

[2] É preciso considerar a precariedade dessa análise já que esse julgamento se inspira a partir, apenas, do mapeamento dos títulos das teses. Na década de 1970, as "questões sociais" ressurgem, em modesta quantidade, majoritariamente nos trabalhos acadêmicos ligados ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

[3] Inicialmente, selecionei um *corpus* de *theses* para análise que ia da década de 1830 até a de 1920. Do aparecimento até o momento em que nos trabalhos finais para obtenção do título de doutor, os médicos se calam sobre a educação física. A ideia inicial era trabalhar com esse conjunto. Entretanto, uma primeira leitura impôs um novo recorte, já que as *theses* escritas no século XX sinalizaram uma dispersão de abordagens e uma complexificação do debate que exigem um estudo específico. Além disso, por um lado, os estudos em história da medicina apontavam que "o início do século XX revela a gênese de um lento e profundo processo de transformação do conhecimento médico e de seu mercado de trabalho" (PEREIRA NETO, 2001, p. 29), o que redimensiona o modo como projetam sua atuação social como intelectuais e suas formas de intervenção; por outro, não me pareceu uma questão a ser menosprezada o fato de as *theses* não acompanharem o fervor com o qual os médicos se inseriam na discussão educacional em outros fóruns.

definição de um período no qual perspectivei uma unidade na diversidade: no século XIX, os médicos pensaram a "educação physica" de diferentes formas (diversidade), entretanto, reconheciam (unidade) que esta lhes era uma questão obrigatória (BOURDIEU, 1987) sobre a qual debateram em *todas* as suas instâncias de consagração[4].

O estudo enfatizou duas séries que integraram o bloco especificamente ligado ao debate da educação (física). A série que chamei de *Educação Physica* foi composta pelas *theses* que tinham tal designação na enunciação do ponto sorteado[5]. A outra série foi denominada *Hygiene Escolar* e nela se encontram as *theses*, nas quais a discussão sobre educação física aparece no interior dos trabalhos. No estudo das séries, o esquadrinhamento da estrutura e a elaboração de uma tipologia, na qual categorizei questões evocadas pelos médicos quando discutiam *educação physica* e higiene escolar, caminharam paralelamente[6].

---

[4] Além das *theses*, entre outros, em relatórios da Academia Imperial de Medicina (AIM), artigos em periódicos, conferências populares e publicação de livros.

[5] A elas acrescentei duas *theses*, uma – a única no século XIX – que faz menção explicita à ginástica, e outra que versa sobre um curioso assunto intitulada *Da Kinésitherapia.*

[6] Houve um segundo bloco, também com duas séries, composto por *theses* que versam sobre assuntos variados. Na série denominada *Higienes*, agrupei aquelas selecionadas aleatoriamente, elaboradas sobre pontos propostos pela cadeira de *Hygiene.* que abordam temas como infância, aleitamento, alimentação, vestuário, degeneração e desenvolvimento (físico e orgânico) do homem, temas esses que, se acompanhamos Spencer (1886), se aproximam do debate da *educação physica*. Em outra, chamada *Generalidades*, aloquei trabalhos cujos

A série *Educação Physica* foi composta pelos seguintes títulos:

Quadro 1 – Série *Theses Educação Physica*

Ano	Título	Autor	Páginas[7]
1845	Algumas considerações sobre a *educação physica*	Manoel Pereira da Silva Ubatuba	29
1846	Generalidades a cerca da educação *physica* dos meninos	Joaquim Pedro de Mello	43
1852	*Influencia* da educação *physica* do homem	Antonio Gomes	13
1853	*Influencia* da educação *physica* do homem	Antonio Portugal	22
1863	A utilidade dos exercícios *gymnasticos* nos *paizes tropicaes*[8]	Wilhelm Naegeli	16
1874	Da educação *physica*, *intellectual* e moral da mocidade do Rio de Janeiro e de sua *influencia* sobre a *saude*	Amaro Ferreira das Neves Armonde	67
1875	Educação *physica*, moral e *intellectual* da mocidade do Rio de Janeiro e de sua *influencia* sobre a *saude*	João da Matta Machado	87
1892	Educação *physica*	Severino Brito	65
1892	Da *kinésitheraphia*	Rogério Miranda	72

pontos pertenciam a outras cadeiras, que abordavam temas afins: o amor à Pátria, considerações sobre a ciência e a medicina e os banhos de mar.

[7] Tanto neste como no próximo quadro, foram consideradas somente aquelas destinadas ao desenvolvimento do ponto analisado.

[8] Tese de revalidação de diploma.

Não foi possível produzir, de imediato, uma aproximação entre esses textos. Se, por um lado, uns pareciam cópia dos outros, ou cópias de uma mesma "matriz" que não fosse, necessariamente, a primeira *these*; por outro, esses trabalhos eram muito diferentes: variavam no tamanho, na complexidade/densidade com a qual tratavam o tema, na forma de abordá-lo, ora ressaltando uns, ora outros aspectos considerados importantes; variavam também nos pontos de vista políticos assumidos; uns a favor da Monarquia, outros da República; uns defendendo uma educação liberalizante, outros uma educação rígida e moralista. Isso, sem falar que, diluídos ao longo de cinquenta anos, ficavam em aberto as correlações que se estabeleciam com as mudanças político-econômicas, com o amadurecimento da formação e da atuação dos médicos na sociedade, com o desenvolvimento próprio da produção do conhecimento. Antes de avançar nessas reflexões, conheçamos a segunda série desse bloco.

Na série *Hygiene Escolar*, foram agrupados os seguintes títulos:

Quadro 2 – Série *Theses Hygiene Escolar*

Ano	Título	Autor	Páginas
1854	Esboço de uma *hygiene* dos *collegios applicavel* aos nossos...	Balbino Candido Cunha	28
1855	Esboço de uma *hygiene* dos *collegios applicavel* aos nossos...	José Bonifacio Caldeira Andrada Jr.	42
1855	Esboço de uma *hygiene* dos *collegios applicavel* aos nossos...	Joaquim José de Oliveira Mafra	10

Ano	Título	Autor	Páginas
1857	Esboço de uma *hygiene* dos *collegios applicavel* aos nossos...	Candido Teixeira de Azeredo Coutinho	35
1857	Esboço de uma *hygiene* dos *collegios applicavel* aos nossos...	Joaquim Francisco de Paula e Souza	39[9]
1857	Esboço de uma *hygiene* dos *collegios applicavel* aos nossos...	José de Souza Pereira da Cruz Jr.	2
1858	A *hygiene* dos *collegios*	Antenor Guimarães	66
1888	*Hygiene* escolar – suas *applicações á* cidade do Rio de Janeiro	Carlos Rodrigues de Vasconcelos	133

Excetuando a volumosa *these* do Dr. Vasconcelos, destoante do resto do conjunto, pelo fato de ser uma tese de concurso e apresentada cerca de trinta anos depois das outras, os escritos que a compõem apresentaram alguma homogeneidade. Permanecem as variações no tamanho, na profundidade com a qual tratavam o tema, na diversidade das concepções políticas; no entanto, ainda que escritas sob a forma de dissertação ou de proposições, logo se expressou uma semelhança nas abordagens, expondo posições ligadas ao *circumfusa* (localizar e construir escolas), ao *applicata* (cobrir, proteger, modelar e limpar o

[9] Nessa *these*, e na seguinte, a argumentação é desenvolvida sob a forma de proposições, isto é, dezessete afirmações sobre o tema.

corpo), à *ingesta* (nutrir e hidratar – o organismo), à *gesta* (exercitar e robustecer o corpo), à *excreta* (eliminar resíduos corporais) e ao *percepta* (moldar os sentidos), matérias com as quais, segundo Becquerel (1851), se ocupava a *Hygiene*.

De início, as *theses* tiveram sua estrutura esquadrinhada na forma de sumários. Eles facilitaram a localização de conteúdos, mas se mostraram insuficientes para captar homologias discursivas. Numa nova leitura, privilegiei a elaboração de uma tipologia na qual categorizei questões evocadas pelos médicos, quando discutiam *educação physica* e higiene escolar. Essa releitura permitiu refinar a análise que aponta para duas direções: a primeira produzindo uma heterologia na produção de sentidos que reconhece que os médicos brasileiros falavam de "educações físicas" e cujas temáticas tive oportunidade de analisar anteriormente (PAIVA, 2004); e a outra, que sinaliza para a homologia dessa produção em que identifiquei traços comuns que se mantiveram nas *theses*, nas quais e com as quais se produzia uma especificidade geradora de novo lugar de intervenções e saberes.

Esse lugar se chamava escola, lugar de produção e reprodução de novos valores referenciais para uma sociedade da qual se queria banir a representação de depositário de crianças, onde se promovia, em larga escala, sofrimento e memorização. Para essa escola era cunhada uma educação específica.

Nos traços produtores dessa outra educação e dessa outra escola que se pretendia diferenciada do que até então se identificava como *casas de educação*, pairam vestígios da produção da especificidade que, também com saberes e práticas específicas, forjavam

um novo campo de intervenção e conhecimento – o da educação física. Continuidades e inflexões, ora mostrando, ora ocultando, acabam por configurá-lo. Mostra o esquadrinhamento das *theses* que sua especificidade, por excelência, se expressa de modo que falar em *educação physica* implicou reconhecer e legitimar, com o apoio das práticas e representações científicas, cuidados educativos e pedagogizáveis com o corpo, cuja responsabilidade, paulatinamente, é forjada na e pela produção do conhecimento médico como uma responsabilidade escolar.

Os argumentos médicos para configuração e estabelecimento desse sentido convergiram e se condensaram em torno de três ideias-força que conferiam a eles o poder de falar em nome de um ideal civilizatório colocado como meta desejada para engrandecer o País. Engrandecer significava, nesse caso, postar o Brasil no mesmo patamar de outras nações *mais adiantadas*[10] da Europa. Essas três ideias-força se constituíam pelas representações de: a) uma educação (escolar) obrando a construção da nação, b) uma educação que, aos poucos, tornava inevitáveis e imprescindíveis, para o projeto civilizatório, a implementação e efetivação da escolarização da educação e c) uma educação para a saúde (coletiva e individual), gestada no, com e para o corpo (robustecido). No âmbito deste artigo é essa última que gostaria de explorar.

[10] Além da grafia do século XIX e de palvras estrangeiras, passo a usar o itálico para absorver neste texto expressões usadas pelos médicos em seus textos.

As *theses* sobre Educação *Physica* e a educação para saúde

Uma história crítica oficial[11] da educação física sedimentou a representação de que o pensamento médico-higienista do século XIX forneceu as bases para a sua *biologização*[12]. O argumento que apresento, da *desnaturalização* do pensamento mé-

[11] Sobre o assunto, consultar o debate publicado na Revista Motus Corporis entre Lovisolo (1998) e Paiva (2000) e Góis Júnior (2000).

[12] A tendência à *biologização* da educação física foi caracterizada no processo de redução do estudo "do Homem em Movimento apenas a seu aspecto biológico [...]. Tal 'reducionismo biológico' configura-se [hoje] na ênfase [...] às questões afetas à performance desportiva, à correspondente na educação física, à ordem de produtividade, eficiência e eficácia, inerente ao modelo de sociedade [capitalista]. [A tendência à biologização] reflete [...] a presença sempre marcante da categoria médica na educação física em nosso país. Percebe saúde somente nos seus aspectos biofisiológicos..." (CASTELLANI FILHO, 1988, p. 218). A *presença sempre marcante* dos médicos na área, dar-se-ia, desde o século XIX, quando a educação física "foi entendida como um elemento de extrema importância para o forjar daquele indivíduo 'forte', 'saudável', indispensável à implementação do processo de desenvolvimento do país..." (CASTELLANI FILHO, 1988, p. 39). Médicos (e militares) teriam investido no entendimento que associava educação física à *educação do físico* e a um determinado tipo de *saúde corporal* visando a criação do "*corpo saudável*, *robusto e harmonioso* organicamente [...] em oposição ao *corpo relapso*, *flácido e doentio* do indivíduo colonial..." (CASTELLANI FILHO, 1988, p. 43). Assim, é possível entender que o autor considera que os médicos, desde o século XIX, teriam deflagrado um processo de *biologização* da educação física, sempre operando com um conceito restrito de saúde – biológica.

dico-higienista, problematiza e complexifica essa articulação, considerando que se a educação física hodierna é tributária do pensamento higienista desenvolvido no Brasil do século XIX. Esse tributo se alavanca no processo de *escolarização*[13] projetado para ela o que não significa ter sido cumprido neste tempo e lugar pelos médicos formados pela FMRJ, e não em um processo de *biologização*, como insinuado, pulverizado e absorvido pelo senso comum acadêmico da educação física.

Esse tributo se concentra na produção de um conhecimento que cunha a escola como o lugar social de ação e promoção da *educação physica* que compõe o projeto de uma educação integral. A vasta discussão sobre as formas autorizadas de "educar o corpo" levadas a cabo, num primeiro momento, pelos médicos e demais letrados do século XIX e, posteriormente, pelos intelectuais que interagiram na consolidação do campo da educação e da educação física nas primeiras décadas do século XX, impôs, dentre todos os sentidos circulantes, como sentido mais representativo para a educação física, aquele que a articulou ao processo de escolarização. Nesses termos, o que não pode ser esquecido é a diferenciação estabelecida entre fenômenos homônimos; entre

[13] A *escolarização* pode ser entendida em, pelo menos, três sentidos, a saber: a) como processo de extensão da escola a um número cada vez maior de sujeitos; b) como processo de produção de referências sociais que tem como base a escola (FARIA FILHO, 2000); e c) como processo de transformação de conhecimentos sociais e científicos em conhecimentos escolares, tal como propõe Chervel (1992).

a *educação physica* "do século XIX" e a educação física – lá presente de maneira embrionária.

O sentido que atribuo à *educação physica*, juntamente com os médicos do início do século XIX, compreende um conjunto de conhecimentos colocados no plano mais geral da cultura, gestando uma pedagogia do corpo que abarcava temas tão diversos como a escolha de parceiros para o matrimônio, a conduta dos pais durante a gestação, cuidados com o recém-nascido, com as crianças na primeira infância e em idade escolar. Já educação física restringe-se ao sentido hodierno de disciplina escolar e acadêmica. É a sutil produção de uma e outra, de uma em outra, que o estudo das *theses* médicas permitiu acompanhar.

Especificamente, quando analisada a ideia-força que advoga uma educação para a saúde produzida no, com e para o (ramo) *physico* da educação em práticas educativas (escolares ou não), é preciso explorar como foi articulada a importância do corpo como *meio*[14] de educação. Ao que parece, os médicos reconheciam a *educação physica* como a *primeira educação* em dois sentidos: cronológico e de excelência.

No sentido cronológico, considerando que a idade recomendada para a inserção na educação escolar era a de sete anos, antes disso, pais, mães e/ou

[14] O uso desse termo faz sentido, no texto, se frisada a sua pluralidade semântica. O corpo como *meio* da educação alude a uma forma de intervenção (educar com o [corpo] físico); um lugar de intervenção (educar o [corpo] físico) e um recurso empregado para alcançar um objetivo (educação para o [corpo] físico). Esses sentidos podem ser privilegiados ora na sua distinção, ora na sua integração educativa.

amas e tutores deveriam criar condições favoráveis à *educação physica* dos *meninos*[15], no que tangia aos seus cuidados corporais de higiene pessoal, de movimentação e exercitação. Esses cuidados ajudariam a vencer as intempéries às quais eram expostos. A *educação physica* era *primeira educação*, porque sobre ela incidiam sobremaneira preocupações iniciais com a sobrevivência, mas também possibilidades de intervenção educativas antes da intervenção escolar.

Cuidados higiênicos, da alçada de uma puericultura ainda a ser instituída, fariam parte dela e deveriam garantir a vida das crianças Era, pois, a *educação physica* o *ramo* da educação acessível e disponível para uma ação modular, *antes* da formalização de uma educação intelectual para a qual era pré-condição a manutenção da vida e o desenvolvimento do corpo, como que preparando-o para uma segunda etapa de desenvolvimento, qual seja, a que implicava o desenvolvimento do *espírito* (da cognição, da inteligência).

Já na primeira fase da segunda infância – segundo Becquerel, após o desmame – *educação physica* e moral se entrelaçariam. Nas palavras do Dr. Machado (1875, p. 71), a "*educação physica e moral* [poderia e deveria] *começar desde o primeiro vagido da infancia;* [já que] *a propria natureza* [indicava] *que só mais tarde* [era] *possivel o desinvolvimento das faculdades intellectuaes*".

A desconsideração desta *lei geral da natureza* implicaria uma antecipação inútil já que se antevia no

---

[15] Essa é uma expressão corrente nas *theses* que abre espaço para discussões de gênero e produção de sujeitos escolares que aqui não cabe fazer.

desenvolvimento precoce da inteligência a possibilidade de tolhimento do *voo natural das faculdades*, fosse pervertendo-o ou retardando-o. Em tese, o que os médicos sustentavam era que os primeiros sete anos de vida deveriam ser dedicados à *educação physica* e moral, formando, com abundância de movimentos e jogos, o corpo e o *coração* das crianças, incutindo-lhes *doces paixões*. Mais tarde, quando a escola se ocupasse de formar-lhes a inteligência, essa sólida base proporcionaria maiores chances de resultados reais e duradouros. Assim, o intelecto não deveria ser cultuado prematuramente nem dissociado de uma educação da sensibilidade, já que só ela poderia fazer com que o corpo – robustecido – suportasse as mazelas e os deleites escolares, num primeiro momento e, por consequência, o trabalho na *vida futura*. Os médicos consideravam desalentadora a prática escolar na qual

> [...] os meninos [viam-se] privados quasi todo o dia pela austeridade de um mestre, que [desconhecia] as suas necessidades [e de seus folguedos], e que [queria] fazer homens quando não [passavam] de crianças, [...], com o que não so os [faziam] desde pequeno inimigo das letras como os [definhavam] (UBATUBA, 1845, p. 27).

Não faltam denúncias de que os pais mandavam para a escola os *meninos* antes que tivessem *recebido o necessário desenvolvimento*, forçando-os a *estudos precoces*. Essa prática derivava da representação de que se ganharia tempo no desenvolvimento do indivíduo ao se antecipar sua rotina escolar de estudos.

Já naquela época, a educação vigente nas *casas de educação* parecia insistentemente desafiar a representação e a representatividade pleiteada pelo

projeto da educação integral ao delegar à *educação physica* um lugar periférico ou mesmo de total abandono. É argumentando contra essa posição que alguns médicos mostram como entendiam a primazia da *educação physica* na educação. Se, por um lado, a

> [...] sucessão natural dos phenomenos biologicos [indicava] que a educação physica [deveria] preceder a qualquer das outras: "primeiro que tudo é necessario que se possua um corpo são e robusto capaz de servir a uma razão esclarecida, e uma vontade recta [...]" [por outro,] porém, [era] conveniente e possivel que a educação do coração [acompanhasse] pari passu ao desinvolvimento material do individuo (MACHADO, 1875, p. 61).

Temos aqui a segunda conotação para a primazia da *educação physica*. Seria ela a *primeira educação* porque, sendo a educação representada como incorporação, era no corpo, pelo corpo e com o corpo que toda a educação (escolarizada) deveria estar centrada e, a partir dele, se organizar. O corpo era considerado, por excelência, o *instrumento da educação* porque, somente *agindo*, *se imprimia uma direção à formação do homem*.

O tempo e o espaço de formalização da formação do homem vão sendo paulatinamente forjados, ao longo do século XIX, no e pelo processo de escolarização. Insistiam os médicos que a *educação physica* não poderia nem deveria ser preterida na e da educação escolar porque seria ela mesma o eixo de toda e qualquer educação. A preocupação com a higienização do ambiente escolar, no qual se processava a educação – desde então produzida, legitimada e reproduzida como formal – e a higienização do corpo compunham, ambas, a *educação physica*.

Os médicos referendavam e reproduziam *regras* traçadas pelos manuais de higiene pública e privada, cumprindo, ao menos em parte, a missão científica legada à especialidade médica dos oitocentos. Entretanto, o que não é mero detalhe, não lhes escapavam as possibilidades educativas, isso é, socializadoras e formadora de hábitos, na (re) construção do espaço escolar. Ao falar de *educação physica*, jamais se descuidaram de pensar espaços, tempos e materialidades das práticas escolares. Ao externar suas preocupações com a organização do ambiente escolar, não deixavam de frisar que o espaço proporcionava uma educação da sensibilidade e da postura corporal.

Mas a higienização dos corpos tinha também um forte apelo na produção de uma *educação physica* escolar(izada), enfatizando as potencialidades educativas da exercitação dos corpos e, para elas, os médicos clamavam atenção. Sua negligência ou supressão poderia concorrer para a *incompletude* na formação do homem. Na opinião dos médicos, nas *casas de educação*, acumulavam-se

> [...] sciencias sobre letras nos cerebros juvenis, exigindo trabalhos precoces, immolando-se o corpo e esquecendo-se que sem uma constituição vigorosa a intelligencia não progride; [não se procurava] harmonisar a educação physica e intellectual [. Prevalescia] o sacrificio constante do corpo; não se [contemplando] a somma de influencias necessarias á regularidade do desenvolvimento e á plenitude da vida... (COUTINHO, 1857, p. 34-35).

Essa conduta era problemática porque, exatamente pela prática da cultura do *espírito*, prática que

urgia ser aumentada e difundida, para que se modificasse a visão do Brasil como nação inculta e indolente, corroborava-se a perpetuação de outra representação a qual também se queria extinguir: a de degeneração da juventude brasileira. Observava-se que os *meninos* eram *estragados* pelo confinamento. Era, então, preciso combater essa deteriorização dos corpos em "deseducação" nas *casas de educação*, evitando-se a precocidade do início da educação escolar(izada) e com a escolarização do projeto da educação integral, que incluía movimento, prazer em aprender e exercitação.

As justificativas fisiológicas que acompanharam o estado da arte do conhecimento médico renovavam a aproximação promovida entre a *educação physica* e a educação intelectual[16]. Numa perspectiva compensatória, acreditava-se que "*A faculdade de pensar* [era] *favorecida segundo a experiencia pela tranquilidade*" (NAEGELI, 1863, p. 6). Explicava o Dr. Naegeli (1863, p. 6) que

> [...] O systema nervoso tambem está sujeito á influencia dos musculos. A actividade da vontade predomina nas outras funcções psychologicas do systema nervoso central durante os esforços dos musculos, emquanto que a percepção e a

[16] Privilégio, nesse momento, era o eixo argumentativo que qualificava a *educação physica* ao atrelá-la, sob o ponto de vista neurofisiológico, à educação intelectual. Friso, entretanto, que para o pensamento médico-higienista do século XIX, o embricamento dos três ramos da educação era tido como um fato. Os médicos partilharam a representação de que a vontade poderia ser guiada pela inteligência, ambas mediadas pela educação no, com e para o corpo.

> intelligencia são menos vivas [...].Por esta razão os exercicios gymnasticos são um descanso, quasi uma derivação daquellas outras actividades da intelligencia. [...] Como a actividade da vontade é indispensavel para os exercicios gymnasticos, e como a força productiva de qualquer orgão se desenvolve mais por uma actividade frequente, a vontade deve necessariamente tornar-se mais desenvolvida e vigorosa. A gymnastica é por consequencia um meio excellente para combater com sucesso a fraqueza da vontade que se manifesta pela irresolução e pela indolencia, e para augmentar-lhe a energia, e assim sua influencia moral não é de pouca importancia.

Já numa perspectiva integradora, acreditava-se que o movimento e os jogos infantis se prestavam, desde cedo, ao incentivo de desenvolvimento e de exercitação da curiosidade, da vontade, da memória, da imitação, da atenção. Segundo o Dr. Brito (1892), havia um estado passivo da inteligência, no qual a criança receberia por indução as ideias do mundo exterior, e um estado ativo, posterior ao primeiro, no qual a criança jogaria com os fatos que se oferecessem à sua reflexão e análise. A *educação physica* na infância estaria presente no modo experimental com que a criança viveria o estado passivo de sua inteligência. Acreditava-se que era "[...] *a pratica dos exercicios que* [fornecia] *todos os dias o texto das lições mais uteis a conservação propria*" (BRITO, 1892, p. 22). A relação estabelecida era que

> [...] As faculdades superiores apossando-se dos dados adquiridos pela certeza material da observação e da experiencia, [combinava-os], [apanhava] as relações que [tinham] de commum e [tirava] as illações. Com esta disciplina para o

> espirito, [fortificava-se] o raciocinio sempre consequente com a evidencia dos factos [...].Na vida infantil esses trabalhos praticos [eram] representados pelos exercicios, já na sua disposição para organizar brinquedos, gymnastica e jogos, já nas difficuldades que se [antepunham] á realisação de suas intenções e nas variadas formas pelas quaes esses problemas practicos se [ofereciam] ao seu espirito. De toda sorte [as crianças encontravam] sempre ensejo de fazer applicações do espirito inventivo e de ampliar o senso practico (BRITO, 1892, p. 22-23).

Uma vez atingido o estado ativo da inteligência, a criança passava a operar por reflexão e análise. Mas, também nessa fase, a *educação physica* exercitaria o cérebro das crianças mais velhas e dos jovens, pois a consecução de movimentos se dava pela atividade conjunta do sistema nervoso e do sistema muscular. Uma vez desenvolvidos e amadurecidos esses dois sistemas,

> [...] A verdadeira séde de educação [estaria] nos centros nervosos, [já que] n'elles [existiria] a faculdade de desenvolver e aperfeiçoar os movimentos. [Era] nas zonas superiores do cerebro que se [passavam] os phenomenos relativos aos movimentos, ellas [regulavam, coordenavam e comandavam] as contracções musculares [...]. Assim os exercicios de destreza, velocidade e certeza [no sentido de precisão] [faziam] trabalhar mais o cerebro do que os musculos (BRITO, 1892, p. 24).

Registrava-se, pois, na última década do século XIX, uma marcação incisiva na relação de integração entre *educação physica* e educação intelectual, em que o desenvolvimento da faculdade física

influenciaria mais diretamente o desenvolvimento da faculdade intelectual, dadas as modificações por ela desencadeadas no sistema nervoso central. É fato que, nesse momento, a produção do conhecimento médico buscava apresentar e fundamentar essa ideia com detalhes argumentativos obtidos com descobertas neurofisiológicas. Entretanto, a ideia não era de todo nova. O Dr. Mello (1846), em meados do século, já observara que jogos e brincadeiras desenvolviam, fazendo interagir o corpo e a imaginação das crianças. Entretanto, para ele, esse consórcio se dava pela mediação da *educação physica* com a educação moral – consórcio efetivamente mais evocado pelos médicos que davam forma ao que Gondra (2000) chamou de ginástica das vontades.

Essas passagens sugerem que os médicos não ignoravam representações inspiradoras de uma prática educativa que favoreceria, posteriormente – no século XX, a partir de Piaget e outros –, o estudo e desenvolvimento de teorizações que encetavam (diferentes) interações entre o movimento, estruturação da cognição e a educação da sensibilidade. Essas representações concediam primazia à *educação physica* e à possibilidade de dignificação da *movimentalidade* humana pela sua articulação com o desenvolvimento do *espírito* – argumento legitimador presente, até hoje, na educação física escolar.

Datadas e contextualizadas, essas representações tiveram o mérito de possibilitar a colocação e a defesa de um outro conjunto de ideias com as quais bem se articulavam, e que vinculadas e veiculadas pelas *theses* médicas, pais e professores deveriam conhecer, reconhecer e se dispor a aceitá-las – e com elas

trabalhar – com a inevitabilidade e o benefício que a liberdade de movimentos na infância significava.

Desde cedo, essa liberdade de movimentos era reivindicada pela higiene. Os médicos alertavam que *cueiros e cintas apertavam demais os delicados membros dos bebês*. E o que era mais grave: podiam comprometer-lhes *a circulação*, *a respiração e o desenvolvimento dos órgãos*, *ocasionando deformidades e moléstias*. Era preciso, então, *livrar as crianças da imobilidade* e *deixá-las agitar-se*, *correr ao ar livre*, pois só assim adquiririam *força*, *robustez*, *vigor* e *saúde*.

As *casas de educação* existentes eram apresentadas – porque representadas – como tempo e espaço de privação, quiçá extinção dessa liberdade, eram como um martírio que interrompia bruscamente a necessidade de movimento tão fundamental ao desenvolvimento das crianças e dos jovens. Esse tipo de *prática educativa* jamais poderia formar os homens *vigorosos* e *sãos* que a futura nação demandava.

A educação, tal qual vinha sendo praticada nas *casas de educação*, corroía o *sopro de vida* trazido da infância e degenerava a mocidade. Mesmo com os esforços envidados para melhorar a sua condição, transformando *casas de educação* em *verdadeiras escolas*, no final do século XIX, essas ainda eram percebidas e representadas como uma *organização refratária* que inibia "[...] *a propensão natural que todo menino revéla para os brinquedos* [e para o] *emprehendimento dos jogos e actividades physicas:* [furtavam-se] *ás recreações*, [esquivavam-se] *da pratica dos movimentos*, *mantendo-se sempre* [os meninos] *em attitude indolente e preguiçosa*" (MIRANDA, 1892, p. 11).

Desse proceder escolar, redundava uma "[...] *sensatez ou senilidade apparente que* [inibia os meninos] *de pular, rir, galhofar e brincar, [e constituia] uma pagina de pathologia que se* [estampava] *no exterior do conjuncto*" (MIRANDA, 1892, p. 11).

Essa *abominável doutrina* era repudiada pelos médicos, considerando que "[...] *Não* [era] *possivel, que se* [enriquecesse] *um estado de homens bens constituidos, e sadios se adoptando o costume de se educarem os meninos clausurados em casa, e privados da fruição d'um ar livre, e do exercicio que tão essencialmente coopera para a saude sua*" (MELLO, 1846, p. 32).

Os médicos enfatizavam que o Rio de Janeiro não era considerado um lugar que estimulasse atividades ao ar livre. Descreviam suas ruas como úmidas, sujas, levando a praças vazias. Em contrapartida, nos outros *países civilizados*, o lugar público era higiênico. Recomendavam, para *evitar danos* à saúde pública, que passeios e pórticos "... [deveriam servir] *de ponto de reunião aos habitantes das grandes cidades*" (MELLO, 1846, p. 33-34). Os médicos não desconheciam que um grande empecilho às suas recomendações era a carência de espaços adequados para a realização da *educação physica*. A constituição dos espaços público e privado apresentava inúmeros problemas, exaustivamente esmiuçados.

No que tange ao espaço escolar, tornava-se imperativo a sua adequação aos preceitos higiênicos. O Dr. Machado (1875, p. 52) postulava que "[...] *Um collegio de meninos ou meninas, que aspire satisfazer todos os requisitos [de uma boa educação higiênica] não póde* [...] *deixar de possuir em suas dependencias vastos tanques proprios para os exercicios de*

natação...". Muito admirava ao Dr. Ubatuba (1845, p. 17) que, mesmo o Colégio Pedro II, "[...] *mais directamente* [...] *sob as vistas do governo, tenha sido até hoje privado de uma coiza tão necessaria como o gymnaseo*".

Aliás, os médicos não pouparam palavras ao Governo e aos legisladores, registrando sua inércia e incentivando-os – com base nos argumentos que apresentavam – a tomar providências necessárias para a efetivação de uma *educação physica* condizente com o nível de civilização que se gostaria que o Brasil atingisse. O Dr. Machado endossava a crítica do Dr. Ubatuba trinta anos depois. Não chegava a admirá-lo que

> [...] os directores se [olvidassem] de tão precioso recurso [que era a ginástica], o governo, porém, que [centralizava] tudo, que [chamava para] si o direito de velar pela instrucção da mocidade, que [concedia] cartas aos professores, que [tolhia] emfim a liberdade de ensino, não se [animava, entretanto,] a tornar a gymnastica obrigatoria em todos os estabelecimentos de educação! (MACHADO, 1875, p. 55).

Logo, a ginástica era tomada como um excelente meio de satifazer as necessidades de movimento! Na segunda infância, ela era valorizada por motivos compensatórios, mas também porque, se praticada anos a fio numa *educação physica* escolar, poderia ser *produtora de efeitos persistentes* criando na mocidade novos hábitos que a levassem a uma conduta social mais próxima à higienicamente aceita e propalada. Acreditava-se, assim, que uma *educação physica* escolar(izada) poderia incutir nos jovens, a ela submetidos, o hábito da exercitação.

Pode se ver aqui um outro argumento que visa legitimar a educação física na perspectiva da promoção da saúde. No futuro, aqueles indivíduos cultivados, *cujas ocupações sedentárias não lhes permitissem se entregar a outros exercícios*, deveriam praticar ginástica por meia hora, tempo suficiente para *corrigir os inconvenientes* de um trabalho de muitas horas que os consumia em seus *gabinetes*.

Ao buscar romper a resistência dos *homens de espírito* e dos pais com relação à prática de exercícios pelos filhos, os médicos produziram uma lógica na qual passava a ser corrente a ideia de que a educação escolar fazia bem à saúde, individual e coletiva; bem entendida, a do cidadão e a da nação, devendo, portanto, ser estendida a todos. Para tornar as *moças sãs*, *elegantes* e *graciosas*, à altura de atributos como *beleza* e *fraqueza* "necessários" à sua futura *condição de mãe*, e os *moços sãos*, *fortes* e *ágeis*, à altura de atributos como *força* e *proteção* "necessários" à sua futura condição de pai, "[...] *os educadores da mocidade* [deveriam persuadir-se de que], *se lhes é impossivel dar a cada um de seos educandos a altura, as formas, a força e agilidade dos heróes da antiguidade, pódem* [...] *dar-lhe a agilidade que depende da harmonia dos orgãos e a resistencia que depende do seo endurecimento*" (GUIMARÃES, 1858, p. 53).

Para tanto, a representação da educação como forma de saúde dependia da (re)organização e reconversão do *ramo físico* da educação, principalmente no que tangia à funcionalidade e reordenação dos tempos, espaços e materialidade das práticas escolares. Considerava-se provado que "[...] *um menino de dez annos obrigado a estudar quatro*

materias diversas, [esgotava] *a energia funcional do cerebro*, *a intelligecia [perdia] a lucidez*, *o seu desenvolvimento* [era] *imperfeito pela innoportunidade dos exercicios*, [o que ocasionava] *a fraqueza* [geral] *dos órgãos*" (COUTINHO, 1857, p. 32).

Era, pois, preciso que a educação respeitasse a harmonia orgânica das funções do corpo, o que não vinha sendo observado, segundo os médicos, nas práticas educativas instituídas nas *casas de educação*. "*Por isso a natureza [protestava*, *fazendo abundar em] nossa cidade organisações enfezadas*, *constituições fracas*, *temperamentos nervosos e lynphaticos. Muitos destes effeitos [encontravam] a causa nos excessos da cultura intellectual*" (ARMONDE, 1874, p. 40).

O respeito à harmonia das funções orgânicas só seria possível com a otimização dos processos e procedimentos educativos, intercalando-se a eles atividades físicas, estéticas e intelectuais. O argumento veiculado pela produção do conhecimento médico era o de que

> O trabalho que se [fazia] com prazer e gosto [dava] a satisfação intima, que o trabalho forçado, e por isso mal feito, só [poderia] impedir. E dessa satisfação intima, desse bem estar geral, [...] indicio da harmonia das funções, é que [resultava] a saüde. Esta não [poderia] jamais proceder das pequenas raivas, do desgosto constante, dessas irritações cerebraes, [...] que, á medida que [tornavam] os meninos nervosos os [fazia] anthipaticos, pouco polidos, sorumbaticos, etc. (ARMONDE, 1874, p. 32).

Tudo isso era bem oposto ao estado de saúde e vigor almejado pelos médicos para a mocidade brasileira. O principal argumento desenvolvido nas *theses*

dos médicos do século XIX, em prol da necessidade e importância da escolarização da *educação physica*, era a necessidade de robustecer os *meninos* – e meninas – principalmente mantendo-os sãos. Para tanto, era preciso garantir a frequência a lugares e práticas salubres, submetê-los e mantê-los numa dieta alimentar rica em nutrientes e regular, mas, também, e principalmente, incentivá-los pela movimentalidade a incorporar o hábito da exercitação física, já que esta, se bem orientada, traria benefícios à saúde como um todo.

A prática de exercícios mudaria temperamentos e constituições obrando, fisiologicamente falando, no trabalho físico, na capacidade de produção e reconversão da energia vital. Marcava o Dr. Brito (1892, p. 8-9) que

> [...] Parece ser voz unisona que na culta Europa se levanta contra o demasiado trabalho mental e exclusivismo da actividade para o espirito. Os paizes adiantados têm reconhecido os sérios inconvenientes que d'ahi provém e procuram prevenir as desvantagens, dando uma direcção mais racional ao actual systema de educação. Deixaram o excesso intellectual de formar pretendidos sabios com prejuizo organico; abandonaram o exclusivo desenvolvimento das forças physicas com que se fazem os athletas. Pretendem cultival-o com harmonia em seus justos limites, estabelecer o equilibrio entre as forças do espirito e as do corpo, porque assim se prepara o verdadeiro homem do futuro.

E o *homem do futuro* que o Brasil precisava impunha a produção do homem vigoroso, em todos os sentidos, cuidando igualmente das funções físicas, morais e intelectuais, harmonizando suas atividades

para que dela resultasse saúde e robustez. A isso, genericamente, propunha-se o ideal da educação integral, gestado e difundido na produção do conhecimento médico que, é preciso marcar, foi projetado – no duplo sentido – e jamais efetivado no Brasil oitocentista. Já com o viés do positivismo que se instaurara paulatinamente no Brasil, nas últimas três décadas do século XIX, nesse ideal se entranharam e se estranharam os sinuosos caminhos de comunhão e embate entre higienismo e eugenismo[17].

Saúde, escola e educação: um tema, três sínteses

Gostaria de finalizar apontando que a educação para saúde produzida no, com e para o (ramo) *physico* da educação, tema com o qual a educação física[18] vem dialogando desde seus primórdios, envolveu nas *theses* estudadas a produção de representações e práticas em três sentidos, não necessariamente excludentes. Sentidos ancorados nas próprias representações e práticas geridas e gestadas, de acordo com os significados dados à própria noção de saúde.

Numa primeira síntese, é possível aglutinar os esforços médicos em torno de representações e de práticas que entenderam a *educação physica* – também – como uma espécie de saneamento do ambiente. A higiene era medida preventiva básica, para

[17] Sobre colaborações e tensões entre esses dois temas, consultar Góis Júnior (2000b).

[18] Aqui no sentido amplo (cultura geral) e restrito (disciplina escolar e acadêmica).

afastar calamidades que assombravam a humanidade. Num primeiro momento, numa época em que a medicina dispunha de poucos recursos terapêuticos para debelar agravos; num segundo, aceitas as teorias microbianas, numa época em que, enfim, o Estado passa a assumir a questão da saúde como uma questão pública, dando maior atenção ao Movimento Sanitarista[19].

Em ambos os casos, prevaleceu o consenso de que era preciso cuidar dos espaços, da ventilação, da iluminação, das águas, dos esgotos, enfim, da sua organização, promovendo uma verdadeira guerrilha contra aquilo que se acreditava ser origem e explicação dos males – primeiramente os miasmas, depois as "doenças que pegam". Mas não era só isso que os médicos esperavam da vitalização do espaço físico. Como formulou Viñao-Frago mais de um século depois, os espaços educam. Educam sensibilidades, valoram juízos, ordenam perspectivas, forjam hábitos. Em alguma medida, os médicos oitocentistas partilhavam esse entendimento. Suas preocupações e investidas na construção de escolas, a partir de referenciais higienistas, parecem confirmar essa percepção nem sempre enunciada como tal. A escola por eles projetada, como lugar e como território (VIÑAO-FRAGO, 2000), no silêncio de suas formas, fala, clara ou simbolicamente, do projeto de educação e escolarização por esses médicos, também produzido e partilhado.

[19] Sobre o Movimento Sanitarista que viabilizou uma política nacional de saúde pública no Brasil, a partir do encontro da "consciência das elites" com "os seus interesses", consultar o estudo de Hochman (1998).

Numa segunda síntese, é possível perceber que a produção do conhecimento médico, inspirando-se recorrentemente na obra de Rousseau, não desvinculava o projeto de uma *educação physica* do projeto do desenvolvimento e da educação integral dos homens, projeto esse que, para aquém e para além de Rousseau, foi encampado progressivamente como finalidade última da educação escolar(izada). Nesse sentido, vale dialogar com uma representação corrente na educação física de que o projeto higienista de escolarização gestado no século XIX estaria irrefletidamente "a serviço" de uma visão estritamente biológica do corpo, somente preocupado com a eugenização da raça, trabalhando para os avanços do capitalismo e do pensamento liberal.

A questão se coloca mais complexa na concretude dos processos em curso no Brasil no século XIX, principalmente em sua segunda metade. Evidentemente, não é possível desconsiderar que "[...] *toda aparição de uma forma social está ligada a outras transformações* [sociais]" (VICENT, LAHIRE E THIN, 2000, p. 9). Também a "invenção" da escola moderna participa desse processo. Entretanto, ao invés de pensá-la "a reboque", "a serviço" ou, ainda, desempenhando um determinado "papel" a ela destinado por movimentos exteriores, é preciso, como propôs Petitat (1994, p. 38 e 194), vê-la numa encruzilhada: "[...] *tendo de um lado o instituído, e de outro o que institui; de um lado a delimitação e a estruturação adquiridas, e de outro o movimento que as transporta; para cá, intenções conservadoras, e para lá projetos de transformação*"; ou, ainda, como um lugar social

de uma intervenção educativa que progressivamente se especializa, a qual "[...] *não faz mais que produzir as condições de reprodução dos grupos sociais em posição dominante ou dominada, enquanto participa da produção e transformação destes mesmos grupos*".

Pois bem, a *educação physica* obteve centralidade no processo de escolarização como aquela *parte* da educação integral mais diretamente ligada à formação do corpo e, mais que isso, de uma corporeidade. Diria Rousseau (1999), "*Quereis* [...] *cultivar a inteligência de vosso aluno; cultivai as forças que ela deve governar. Exercitai de contínuo seu corpo; tornai-o robusto e sadio, para torná-lo sábio e razoável; que ele trabalhe, aja, corra e grite, esteja sempre em movimento; que seja homem pelo vigor, e logo o será pela razão*" (p. 129).

Mas, se nessa perspectiva o dualismo corpo/mente ou carne/espírito se coloca fortemente – fazendo inclusive com que se possa arguir a "integralidade" dessa educação em "partes" –, lembra Lovisolo (2000, p. 30) que "[...] *não menos fortes* [foram] *as vontades de estabelecer as pontes ou continuidades* [entre essas 'partes' do humano]".

Assim, como bem mostra o projeto da educação integral – mas qualquer outra perspectiva de educação, não necessariamente nos mesmos termos –, a "[...] *educação do espírito comporta, em algum grau, uma pedagogia do corpo e, reciprocamente, para formar o corpo é necessário educar o espírito*" (LOVISOLO, 2000, p. 30). Os médicos higienistas do século XIX sabiam disso e buscaram trabalhar articuladamene os *ramos* intelectual, moral e físico da educação, este último não restrito à educação *do*

corpo, mas perspectivando *pelo* corpo e *com* o corpo a educação da sensibilidade.

É interessante marcar que existem questões inerentes à escola que transcendem – ou podem ser compartilhadas, em linhas gerais – em diferentes tempos e ideologias. Por exemplo, os médicos quiseram formar cidadãos (ao invés de súditos) mesmo quando referendavam a monarquia. Outra: é comum pensar a organização escolar como "espelho" da organização do modo de produção capitalista. Mas, como mostra Lovisolo (2000), alguns objetivos traçados para a educação escolar por Coménio, no início dos anos seiscentos, são *antecipatórios*[20]. Segundo esse autor, Coménio formula quatro objetivos centrais para o ensino e o aprendizado escolar, a saber: economia de tempo, redução da fadiga, prazer nos estudos e solidez dos estudos. Os dois primeiros implicam

> [...] a necessidade de racionalizar a escola e antecipam problemas que a indústria apenas se coloca dois séculos após. [A fisiologia só se preocupou com esse aspecto, nele propondo uma] intervenção avançada na segunda metade do século XIX. [O terceiro] pareceria antecipar uma nova sensibilidade [...] que ecoa até hoje nas pedagogias modernas [...]. [O quarto propunha novas relações entre ensino e aprendizagem, rejeitando] o ensino como coleção de receitas, ainda que [reveladas] como eficientes na prática. [Coménio propunha], em contrapartida, um conjunto de procedimentos que considera metódicos, [gerando assim] uma tremenda racionalização da escola, dos currícu-

[20] Com isso, o autor quer dizer que suas ideias não são nem importadas nem reproduzidas de outros contextos.

> los, dos processos de ensino aprendizado e dos especialistas encarregados do ensino (LOVISOLO, 2000, p. 34-35).

Para Coménio (1985, p. 187), as escolas deveriam organizar-se inspiradas nas indicações fornecidas pela natureza, de forma tal "[...] *que nenhuns obstáculos a possam entravar*". Essas indicações eram por ele desdobradas nos seguintes fundamentos: "*para prolongar a vida, a fim de que se aprenda tudo o que é necesário; para abreviar os estudos, a fim de que se aprenda mais rapidamente; para aproveitar as ocasiões, a fim de que se aprenda realmente; para despertar os engenhos, a fim de que se aprenda facilmente; para aguçar o juízo, a fim de que se aprenda solidamente*" (COMÉNIO, 1985, p. 193-194).

Notadamente, no que se refere ao seu primeiro fundamento, a articulação entre saúde, higiene e educação se dava – a síntese é de Lovisolo – na perspectiva do fazer bom uso da vida, isto é, fazer com que o espírito, independente do tempo vivido, *conquistasse seu próprio bem e se tornasse senhor de si mesmo*. Assim, caberia também à escola ensinar dois *remédios* – o termo é de Coménio – essenciais ao prolongamento da vida: defender o corpo das doenças e da morte e dispor a mente a fazer tudo com sensatez. O corpo deve ser preservado porque ele é a habitação do espírito e também seu órgão. Mantê-lo saudável implica fornecer-lhe uma alimentação moderada e simples, fazê-lo se exercitar e repousar. Esse último par de oposições levava-o a recomendar que "[...] *uma boa organização escolar deverá ser procurada numa conveniente repartição do trabalho e do repouso, das férias e dos recreios*" (COMÉNIO, 1985, p. 201).

Os médicos brasileiros não estavam, no tempo, tão distantes da organização e implementação do capitalismo no mundo, como estivera Coménio. Entretanto, foi possível notar que a complexa trama de seu engendramento no Brasil tende a desqualificar a imagem de "espelho". Em meados do século XIX, foi preciso ao pensamento médico higienista conjugar escravidão e liberalismo. Nessa estranha conjugação, forjou-se um lugar para fazer nascer o projeto de uma escola moderna e modernizante; o projeto de efetiva escolarização no Brasil.

Por fim, uma última síntese na relação *educação physica* e saúde pode ser depurada do próprio movimento de reordenação do campo médico, quando o médico vai, paulatinamente, abrindo mão de sua condição de letrado e fixando sua identidade numa nova especificidade: a sua especialidade clínica. Uma nova concepção de corpo e de ciência (e conhecimento) passou a balizar os fazeres e saberes médicos.

Essa concepção que, aos poucos, vai apagando os fundamentos vitalistas (e toda polêmica em torno deles) e centrando na fragmentação e na lógica da utilidade a "colaboração" dos conhecimentos médicos para o avanço do processo civilizador, permite uma complexa operação que acaba por traduzir/reduzir a educação física à prática da ginástica, esta também reconvertida ao avesso das propostas originais de Ling – por exemplo, à mera exercitação sistemática e compensatória das adversidades da "vida moderna". Assim, é possível constatar que os médicos higienistas abandonaram, no fim dos oitocentos, a perspectiva da *educação physica* – pelo menos nas *theses* –, reduzindo-a à (prática da) ginástica, estranhamente

quando, enfim, a República fora implantada e os ideais da formação integral pareciam fazer sentido mais do que nunca.

Penso que, além da *escolarização*, outros detalhes e argumentos para explicitar a conversão da *educação physica* em ginástica devem ser estudados. Aqui, talvez, seja preciso atentar para movimentos que se constroem exteriormente ao campo médico. Deixo registrada como hipótese a apropriação que os médicos, no final do século XIX, passaram a fazer da ginástica tal qual ela era representada e praticada nos círculos militares, dimensão que fora tão ignorada até então pelos médicos brasileiros. Nas universidades francesas, as *theses* médicas incumbiram-se de explorar vastamente tanto a *educação physica* como a ginástica. Mas a *educação physica* abordada nas *theses* da FMRJ diz respeito a assuntos diversos; sua inserção na escola extrapola a ideia de exercitação corporal.

Parece que, conforme se legitimarem a fisiologia e as práticas de pesquisas em laboratório como fundamento científico legítimo da "ciência médica", a exercitação física regular, visando à aquisição e ao aperfeiçoamento da aptidão e sua sistematização, tornou-se o objeto que traduz a *movimentalidade* e pode ser estudada na nova perspectiva de ciência reconhecida e legitimada no campo médico. Teriam sido criadas as condições de possibilidade para uma aproximação com a produção intelectual gerada nos meios militares, tal como insinuado nos estudos de Ferreira Neto (1999) e Alves (2002).

Os argumentos apresentados e as três sínteses propostas (re)qualificam a formulação de que a

discussão da promoção na saúde na escola é *medicalizante* e historicamente construída. O estudo permitiu vislumbrar que outras representações, não estritamente ligadas à lógica da *biologização*, concorreram na legitimação de sentidos, o que coloca no campo das possibilidades o (re)tensionamento dessas (o)posições.

A articulação entre educação e promoção da saúde é uma das permanências que permitiram a *escolarização* definitiva da educação física, transformando conhecimentos sociais e científicos em conhecimentos escolares (CHERVEL, 1992) e o engendramento do seu próprio campo. Cabe à educação física contemporânea questionar-se sobre sua (in)capacidade de colocar em xeque a temática da *medicalização* da saúde e a colonização que o tema nela ainda produz.

Referências

ALVES, Claudia Maria Costa. *Cultura e política no século XIX: o exército como campo de constituição de sujeitos políticos no Império*. Bragança Paulista: EDUSF, 2002.

ARMONDE, Amaro Ferreira das Neves. *Da educação physica, intellectual e moral da mocidade do Rio de Janeiro e de sua influencia sobre a saude.* Rio de Janeiro: Typographia do Apostolo. 1874.

BECQUEREL, A. *Traité élementaire d´hygiene privée et publique*. 2.ed. Paris: P. Asselin, 1851. 893 p.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRITO, Severino de Sá. *Educação physica*. Rio de Janeiro: Imprensa Mont'Alverne-Ferreira & C, 1892.

CASTELLANI FILHO, Lino. *Educação física no Brasil: a história que não se conta.* Campinas: Papirus, 1988.

CHERVEL, André. História das disciplinas escolares: reflexões sobre um campo de pesquisa. *Teoria & Educação*. n. 2, 1990.

COMÉNIO. João Amos. *Didáctica magna: tratado universal para ensinar tudo a todos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1657 (impressão 1985). 525 p.

COUTINHO, Candido Teixeira de Azeredo. *Esboço de uma hygiene dos collegios applicavel aos nossos: regras principaes tendentes a conservação da saude e do desenvolvimento das forças physicas e intellectuaes segundo as quaes se devem regular os nossos collegios.* Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert. 1857.

EDLER, Flávio Coelho. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Côrte do Rio de Janeiro* 1854-1884. 1992. 293 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FARIA FILHO, Luciano Mendes. Instrução elementar no século XIX. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes; VEIGA, Cynthia Greive. (Orgs.). *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica. 2000. p. 135-150.

FERREIRA NETO, Amarílio. *A pedagogia no exército e na escola: a educação física brasileira (1880-1950)*. Aracruz: FACHA, 1999. 162 p.

FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de São Paulo. 1996.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. *Os higienistas e a educação física: a história dos seus ideais*. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho. 2000a.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. Reflexões sobre o exercício da crítica na historiografia da educação física: dialogando com Fernanda Paiva e Hugo Lovisolo. *Motus Corporis*, v. 7, n. 2, 2000b, p. 161-167.

GUIMARÃES, Antenor Augusto Ribeiro. *A hygiene dos collegios*. Rio de Janeiro: Typographia Imparcial de J.M. Nunes Garcia. 1858.

GONDRA, José Gonçalves. *Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo. 2000.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

LOVISOLO, Hugo. História oficial e história crítica: pela autonomia do campo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DO ESPORTE, LAZER E EDUCAÇÃO FÍSICA, 6., 1998, Rio de Janeiro. *Coletânea...* Rio de Janeiro: Editoria Central da Universidade Gama Filho: IHGB: INDESP, 1998. p. 54-64.

LOVISOLO, Hugo. *Atividade física, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MACHADO, João da Matta. *Educação physica, moral e intellectual da mocidade do Rio de Janeiro e de sua influencia sobre a saude*. Rio de Janeiro: Typographia de G. Leuzinger & Filhos. 1875.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELLO, Joaquim Pedro de. *Generalidades acerca da educação physica dos meninos*. Rio de Janeiro: Typographia de Teixeira e comp. 1846.

MIRANDA, Rogério Corrêa de. *Da kinésiotherapia*. Rio de Janeiro: Luiz Macedo, 1892.

NAEGELI, Wilhelm. *A utilidade dos exercicios gymnasticos nos paizes tropicaes*. Rio de Janeiro: Typographia Perseverança. (Tese apresentada à FMRJ a fim de poder exercer a profissão no Imperio do Brazil/Doutor em medicina pela Universidade de Zurich). 1863.

PAIVA, Fernanda Simone Lopes. Criticando a história crítica oficial: um debate com Hugo Lovisolo. *Motus Corporis*, v. 7, n. 2, p. 147-160, 2000.

PAIVA, Fernanda Simone Lopes. *Sobre o pensamento médico-higienista oitocentista e a escolarização: condições de possibilidade para o engendramento do campo da Educação Física no Brasil*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. 2003.

PAIVA, Fernanda Simone Lopes. Contribuições da Hygiene à escolarização da Educação Física. *Movimento*, v. 10, n. 3, p. 53-76, 2004.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o passado no presente*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2001.

PETITAT, André. *Produção da escola, produção da sociedade: análise sócio-histórica de alguns momentos decisivos da evolução escolar no ocidente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Emílio ou da educação*. São Paulo: Martins Fontes, 1761 (impressão 1999). 684 p.

SPENCER, Herbert. *Da educação intellectual, moral e physica*. Lisboa: Empreza Litteraria Fluminense, 1886. 269 p.

UBATUBA, Manoel Pereira da Silva. *Algumas considerações sobre educação physica*. Nicteroy: Typographia Commercial de E. C. dos Santos. 1845.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. *Catálogo de teses* (1832-1985). Rio de Janeiro: UFRJ, 1985. 2 v.

VICENT, Guy; LAHIRE, Bernard; THIN, Daniel. Sobre a história e a teoria da forma escolar. *Educação em Revista*, n. 33, p. 7-48, 2000.

VIÑAO-FRAGO, Antonio. El espacio y el tiempo escolares como objecto historico. *Contemporaneidade e Educação*, ano V, n. 7, p. 93-110, 2000.

DESIGUALDADES SOCIAIS, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS: POR UMA RESSIGNIFICAÇÃO CONTEXTUALIZADA

Marcos Bagrichevsky
Adriana Estevão
Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Será admirável o nosso novo mundo?
A quem serve esta civilização que se diz moderna e funcional
e [que] ao aparato das técnicas, sacrifica o espírito?...
O espírito, considerado realidade menor,
o espírito tolerado, quando não reprimido...
(Aldous Huxley, 1932)

INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata (1978), documento oficial publicado a partir da I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde realizada no Kazaquistão (ex-URSS), demarcou um importante movimento político – difundido até em países do chamado terceiro mundo – que defendeu e legitimou a premissa de que não há como recuperar, proteger e promover a saúde dos povos sem combater a pobreza e a "chocante e inaceitável desigualdade" secular existente entre as nações desenvolvidas e as do terceiro mundo. Além disso, enfatizou que para serem enfrentadas com alguma perspectiva de resolutividade, as questões do setor saúde passam primeiro pelo compromisso do Estado com os problemas

socioeconômicos, políticos, educacionais, geradores desses abismos de desigualdade.

Desde então, apesar do rastro deixado por esse discurso impactante, o panorama que vem se configurando é pouco alentador, considerando o recuo das políticas de bem-estar social (*welfare state*) mesmo em países do capitalismo avançado (RAPHAEL, 2011) e o expoente crescimento da globalização econômica neoliberal, produtora de efeitos devastadores na dinâmica processual da saúde e do adoecimento das populações historicamente marginalizadas (MERHY, 1986; NOGUEIRA, 2010).

Por outro lado, ainda que estejamos mergulhados nesse cenário paradoxal, não se pode deixar de reconhecer a existência de esforços políticos envidados no Brasil ao longo das últimas quatro décadas, decorrentes de lutas empreendidas por grupos pertencentes a estratos sociais menos favorecidos, e por sanitaristas e intelectuais do campo (CAMPOS et al., 2009).

Destacam-se nessa trajetória, a criação, no país, do **Sistema Único de Saúde (SUS)** em 1990 – um sistema público descentralizado que disponibiliza a todos os brasileiros, empregados ou não, acesso "universal" aos serviços de saúde (de baixa à alta complexidade) – e do **Programa Saúde da Família (PSF)** em 1994 – considerado a "porta de entrada" do SUS e modelo referencial da Atenção Básica que opera em nível local (**Unidades Básicas de Saúde** distribuídas pelos bairros) por meio das atividades profissionais de equipes "matriciais" multidisciplinares (enfermeiros, médicos generalistas, agentes comunitários de saúde, entre outros; quando se trata de "equipes

ampliadas", pode ocorrer em alguns casos a presença de professores de educação física).

Vale a pena citar ainda a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a própria publicação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, proclamada (a saúde) como direito de todo cidadão e dever do Estado – frutos marcantes da referida trajetória, bem como a Política Nacional de Humanização das Práticas de Saúde, em 2004, e de Atenção Básica à Saúde, em 2006. São legados de um Movimento fortemente semeado nos anos 70 e 80 do século passado conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (CAMPOS et al., 2009; NOGUEIRA, 2010).

Foi no seio desse esforço coletivo, cujos ecos ressoaram inclusive pela América Latina, que se consolidou o **significado ético-político de promover a saúde da população**: um conjunto de ações que deveriam ser articuladas, concomitantes, intersetoriais, instituídas aprioristicamente para enfrentamento de iniquidades sociais e para produção da equidade em saúde (TRAVERSO-YEPEZ, 2004; VERDI e CAPONI, 2005; FREITAS e PORTO, 2011).

Mais do que mencionar programas e iniciativas específicas no/do setor, busca-se enfatizar o ideário subjacente à mudança paradigmática no contexto brasileiro, sobretudo porque seus postulados têm mobilizado (e conduzido a) relevantes maneiras de realizar o cuidado em saúde. Essas repercussões se materializam a partir de uma mirada diferenciada sobre a saúde, concebida como fenômeno multideterminado, simultaneamente biológico e cultural, individual e coletivo, concreto e subjetivo.

Tanto na esfera macroestrutural (gestão estatal de investimentos econômicos e sociais correlatos ao setor saúde) quanto no microcotidiano dos serviços públicos (CAMPOS, 1999) e na própria formação dos profissionais da saúde, entre os quais a educação física já faz parte em documentos oficiais (BRASIL, 2007), essa perspectiva redirecionou o Modelo de Atenção à Saúde no país, estabelecendo critérios para determinação de ações políticas – em diferentes níveis programáticos – voltada, primeiro, aos grupos mais precarizados da população.

Tal enfoque introdutório nos permite dimensionar duas questões: *(i)* a primeira a ser comentada (não será aprofundada ao longo do texto, em função dos objetivos do trabalho) é que a educação física como campo formativo universitário inclui tal debate de forma incipiente nos seus quadros curriculares, o que acaba redundando na falta de oferta de uma preparação mínima, necessária para atuação nos serviços públicos de saúde (BAGRICHEVSKY e ESTEVÃO, 2008); *(ii)* a segunda questão, que guarda certa relação com a primeira, remete ao entendimento das **práticas corporais/atividades físicas**[1] orientadas,

[1] Apesar de as expressões "**práticas corporais**" e "**atividades físicas**" não serem exatamente sinônimas e carregarem consigo dimensões semânticas e conceituais distintas, assim como orientações sociopolíticas igualmente diferenciadas (*sobretudo, no tensionamento fronteiriço do debate e da produção científica contemporânea acerca da saúde, na educação física*), assumiremos provisoriamente neste texto – **apenas para facilitar a compreensão do leitor** – a correspondência entre elas sem discutir, no momento, as questões nevrálgicas mencionadas (as quais, por sua vez, merecem um debate à parte).

como possibilidades (tutoriadas pela educação física) "enviesadas" no universo das políticas de Atenção Básica, já que sua implementação vem ocorrendo de forma medicalizadora, fragmentada (FERREIRA, 2008; FERNANDES e SIQUEIRA, 2010), apartada da discussão sobre a priorização das desigualdades sociais como critério balizador na oferta de serviços de saúde (BARATA, 2009; NOGUEIRA, 2010).

A partir da preocupação última, foi estruturado o presente estudo. Buscou-se articular o exame contextual de duas iniciativas públicas no Espírito Santo (ES) dirigidas às práticas corporais/atividades físicas, ao debate sobre as desigualdades/iniquidades sociais em saúde e sobre os princípios norteadores da Reforma Sanitária Brasileira que vêm (re)organizando as diretrizes políticas de saúde no país. O empreendimento analítico também foi subsidiado pelo cotejamento de informações relativas às condições de vida nos territórios da cidade de Vitória – expressadas através do Índice de Qualidade Urbana (por bairro) e do número de Homicídios nos bairros por ano – e às características de tais programas na capital capixaba. Ao final, sistematizamos algumas sínteses críticas, a partir do quadro empírico-conceitual obtido e tomando por base os pressupostos emancipatórios da promoção da saúde que lhe deram legitimidade histórica, inclusive no cenário internacional.

DESIGUALDADES E INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE: PONTO DE PARTIDA CONCEITUAL

Quando se deseja conhecer as condições de saúde de uma população é fundamental investigar

aspectos econômicos, culturais, ambientais, subjetivos, no interior do contexto social no qual a vida se amolda e transcorre (MINAYO e SOUZA, 2003). Mais do que uma terminologia, '**condições de saúde**' constitui noção estruturante do campo da Saúde Coletiva, usada para pautar elementos indispensáveis que permitem a um grupo de pessoas viver com dignidade.

Ainda há um número insuficiente de trabalhos a produzir reflexões consistentes acerca dos agravos à saúde humana em sua complexa e, às vezes, camuflada, interdependência com processos e efeitos decorrentes da globalização neoliberal. De fato, tal fenômeno nos impõe cada vez mais riscos desnecessários (com os quais temos passado a conviver) em função da negação de oportunidades e de condições básicas para o desenvolvimento humano – terreno "fértil" onde proliferam pobreza, violências estruturais e simbólicas.

Em países como o Brasil, o crescimento da economia é marcado por disparidades segregadoras. Coexistem situações polares de abundância e miséria, mais recorrentes nos grandes centros metropolitanos, mas não somente aí. Essa dinâmica determina a existência tanto de desigualdades absolutas quanto relativas. São chamadas desigualdades relativas aquelas não apenas ligadas à significativa distinção de renda entre pessoas e grupos, mas também associadas às demais condições de vida (WAITZMAN e SMITH, 1998).

O escopo apropriado ao exame das desigualdades sociais dirige-se às situações que implicam algum grau de injustiça, porque colocam determinados coletivos populacionais em desvantagem quanto à chance de serem e de se manterem sadios (BARATA, 2009; DE MAIO 2011). Essa problemática decorre dos modos de

organização/produção societária e tende a refletir os níveis de segregação existentes, configurando-se, portanto, como **iniquidade**.

Contudo, no campo da formulação de políticas, o desígnio semântico para "desigualdade" nem sempre corresponde a algo danoso, prejudicial. Foi a partir desse descompasso interpretativo/factual que o **conceito de iniquidade** ganhou forma, consolidando-se como inequívoco representante de qualquer "desigualdade injusta" a ser permanentemente evitada, combatida, contornada.

A redução das iniquidades constitui requisito primário para uma política pública tornar-se social; porém, nem toda ação governamental possui essa virtude. Apenas o fato de vincular-se a setores como saúde, educação, previdência ou habitação não torna uma política merecedora de tal predicativo.

Já existe consenso na literatura e nos serviços concernente à importância de se dimensionar iniquidades, devido às respectivas interferências dessas nos desfechos em saúde. Há várias formas de esboçar suas materialidades e, para cada uma delas, têm sido empregados distintos recursos instrumentais na obtenção de um mapa de ocorrências, em dado território. A partir desse mapeamento, sempre ganham proeminência certos elementos que, ao serem analisados com o devido rigor, oportunizam adensamento ao debate sobre as iniquidades sociossanitárias, substrato essencial à tomada de decisão na esfera política (AÏACH e BAUMANN, 2011).

De maneira similar aos argumentos anteriores, o **princípio da equidade** evoca o reconhecimento de que os sujeitos se distinguem em função de seus contextos de vida díspares e que, por isso, necessitam

de aporte diferenciado do Estado, de modo a erradicar/reduzir inaceitáveis desigualdades existentes. Às pessoas em situação socioeconômica desfavorável deve ser destinada, de forma ininterrupta, maior parcela de recursos e investimentos públicos em estrutura e serviços, enquanto persistirem tais desvantagens em relação aos mais ricos.

Segundo Escorel (2001), a **equidade em saúde** tem sido tomada como objetivo, a partir de duas dimensões essenciais:

- As condições de saúde-doença populacional, que incluem: distribuição dos riscos de adoecer e morrer; proporções assimétricas dos vários perfis de doença entre as camadas sociais; variações biológicas existentes (sexo, idade); e variações que decorrem de escolhas pessoais (vinculadas aos preceitos da dita "vida saudável").

- Acesso e uso dos serviços de saúde: traduzidos pelas possibilidades de utilização dos serviços (considerando seus três níveis de complexidade – Atenção básica, Média e Alta complexidade) por pessoas com demandas de saúde semelhantes (**equidade horizontal**) e por pessoas com demandas de saúde distintas, as quais se materializam por estarem tais sujeitos submetidos à lógica de uma vida iníqua (**equidade vertical**).

As condições processuais para viabilizar equidade na oferta de serviços de saúde só se efetivam quando a premissa da "universalidade" (um dos princípios orientadores do SUS) abandona o plano abstrato e torna o acesso e a utilização dos serviços indispensáveis às neces-

sidades humanas básicas, um fato concreto para todos os sujeitos (BARATA, 2009). Entretanto, a universalidade representa apenas um entre os vários pré-requisitos para se tentar aplacar as iniquidades em saúde.

Cabe comentar, ainda, que a análise das condições de vida das populações humanas surgiu na pauta da Organização Mundial de Saúde, no início da década de 1950. Na época a entidade sugeriu uma abordagem multidimensional para aferi-las. Deveriam ser medidas que representassem a natalidade, a mortalidade, a morbidade, o estado nutricional, o nível educacional, a capacidade de consumo, as condições de trabalho, habitação, transporte, vestuário, recreação, segurança e liberdade pessoal. E ao serem reunidas numa expressão conjunta, precisariam constituir um referencial capaz de traduzir as condições gerais de existência das coletividades (VERMELHO et al., 2009).

Nesse campo, destacam-se também os indicadores de saúde, medidas que operam com a frequência e distribuição epidemiológica de doenças e agravos em determinada população. Tais indicadores têm sido de valia à gestão setorial dos serviços públicos, para identificar os principais problemas sociossanitários de cada localidade/região e elaborar políticas focais de prevenção e assistência, bem como avaliar o alcance e a efetividade dessas mesmas políticas.

Utilização de "medidas" no contexto das iniquidades em saúde

Embora interpretados, invariavelmente, como sinônimos, "Indicador" e "Índice" referem-se a tipos

distintos de medidas no contexto sanitário. O primeiro mede apenas um aspecto relativo ao que se deseja examinar, e o segundo, por sua vez, sintetiza em uma única expressão numérica, várias dimensões do atributo de interesse (VERMELHO et al., 2009).

Bastante aplicado e conhecido em análises socioeconômicas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estrutura-se a partir de três critérios: indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula escolar), de longevidade (esperança de vida ao nascer) e de renda (Produto Interno Bruto [PIB] *per capita*). A escala classificatória do IDH varia de 0 a 1 (de "nenhum desenvolvimento humano" até "pleno desenvolvimento humano"). Ele vem sendo empregado mundialmente na comparação entre países, mas também serve para análises pareadas entre unidades federativas de uma mesma nação, assim como entre as cidades de um estado (SILVA et al., 2006).

Algumas capitais como Rio de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre, desenvolveram e fazem uso do $IDH_{Bairros}$ para "mensurar" iniquidades nos bairros que compõem seus respectivos territórios municipais. Outras cidades brasileiras também instituíram medidores próprios com o intuito de torná-los úteis na avaliação dos níveis de saúde de seus habitantes. Mesmo possuindo características peculiares, quase sempre há algo similar entre esses instrumentos.

Os resultados do estudo de Próspero et al. (2005) confirmam a relevância de tais informações. Ao investigar riscos potenciais à saúde de famílias da cidade de Itajaí (SC) para tentar aquilatar o seu grau

de exclusão social, revelaram que a presença crescente das seguintes variáveis esteve inversamente associada à diminuição da magnitude de alguns indicadores de saúde no município: (*i*) números de cômodos por residência; (*ii*) existência de linha telefônica fixa; (*iii*) presença de ruas pavimentadas; (*iv*) existência de água encanada que chega e abastece as moradias; (*v*) presença de iluminação pública nas ruas; (*vi*) existência de máquina de lavar roupas nas casas; (*vii*) maior nível de escolaridade dos membros das famílias e (*viii*) de renda familiar.

Apesar de a cidade de Vitória ser a capital do Estado do Espírito Santo (Região Sudeste do Brasil) com indicadores macroeconômicos destacados no cenário nacional, pronunciam-se acentuadas assimetrias sociais na Região do seu entorno quando o município é confrontado com as cidades vizinhas. Essa contradição perdura há um bom tempo. Até hoje não se concretizaram esforços públicos voltados à construção de um $IDH_{Bairros}$ de Vitória para identificar as iniquidades que modelam sua geografia intramunicipal. Isso, inclusive, viabilizaria uma oportunidade para se efetuarem análises comparativas entre a cidade e outras capitais brasileiras que utilizam o referido índice.

Para minimizar essa lacuna, instituiu-se no município de Vitória, desde 1991, um instrumento semelhante ao $IDH_{Bairros}$ chamado de **Índice de Qualidade Urbana por bairros-IQU** (Prefeitura de Vitória, 2000) que encampa aspectos como renda, escolaridade, ambiente e habitação e oferece um mapa interessante para auxiliar na definição e execução das políticas públicas, em diversos setores.

Ele foi construído pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais – PÓLIS[2], a partir das informações provenientes dos grandes levantamentos censitários realizados em todo o território nacional pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cada dez anos.

Até a presente data foram publicadas duas versões do IQU (1991 e 2000) pela Secretaria Municipal de Gestão Estratégica da Prefeitura de Vitória (disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/iqu.asp). O IQU é um índice quantitativo (escala métrica de 0 a 1 – com classificações similares as do IDH), descritivo, resultado da composição de onze indicadores simples, alocados em quatro dimensões, a saber:

- Dimensão Educacional, que aponta o nível de escolaridade e inclui:
  Percentagem (%) de analfabetos maiores de 15 anos; percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com menos de 4 anos de estudo; e percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com 15 anos ou mais de estudo.

- Dimensão Renda, que indica concentração e desigualdade de rendimentos:
  Rendimento médio dos responsáveis pelo domicílio em salários mínimos; percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com renda até 2 salários mínimos; e percentagem (%) dos responsáveis

[2] Organização não governamental, constituída como sociedade civil sem fins lucrativos, fundada em 1987 e sediada na cidade de São Paulo.

pelo domicílio com rendimento superior a 10 salários mínimos.

- Dimensão Ambiental, que reflete a infraestrutura de serviços urbanos:
  Percentagem (%) dos domicílios com serviço de abastecimento de água adequado – ligados à rede geral; percentagem (%) dos domicílios com serviço de esgoto apropriado – ligados à rede geral ou pluvial; e percentagem (%) dos domicílios atendidos por uma coleta adequada de lixo – executada por serviço público de limpeza ou alocado em caçambas afins ao serviço de limpeza.

- Dimensão Habitacional, que mensura o nível de conforto dos indivíduos:
  Número médio de pessoas por domicílio; e número médio de banheiros por domicílio.

Além desses indicadores, a segurança pública aparece como outro quesito que vem assumindo destaque na avaliação das condições de vida e de saúde populacional. Em vista de tal preocupação, Proietti et al. (2008) investigaram a influência da percepção que as pessoas têm acerca da liberdade de ir e vir em seu local de moradia e/ou trabalho, aspecto intimamente ligado à violência urbana. Os autores entendem que a ocorrência de eventos dessa ordem, associados à saúde, resulta da interação entre três elementos: atributos individuais; atributos do grupo social no qual os sujeitos estão inseridos; e o entorno físico/territorial da "unidade de contexto".

A depender dos indicadores de violência registrados, cada bairro e sua vizinhança podem ser vistos

como um coletivo amistoso, compondo uma rede local de suporte ou como representação de medo e insegurança pessoal. Em outras palavras, a área de moradia/trabalho seria interpretada como espaço de frequência desejável e salutar ou como território a se evitar (PROIETTI et al., 2008).

Situar a problemática da (in)segurança pública no território/ambiente no qual os sujeitos vivem e/ou trabalham, considerando a relevância dessa abordagem como elemento constitutivo do leque de variáveis intercessoras no processo saúde-doença de distintos grupos sociais, tornou-se necessário para fundamentar a escolha do **Número de Homicídios nos bairros por ano-H** como outro parâmetro adicionado à análise do presente estudo (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2010). Justamente porque acontecimentos ligados à violência urbana podem provocar nas pessoas pertencentes a um entorno loco-regional, certa resistência ou desinteresse em realizar práticas corporais/atividades físicas[3] nos espaços públicos, na medida em que tais sujeitos se sentirem ameaçados pelo fato de frequentá-los.

A argumentação desenvolvida até aqui, ao mobilizar alguns elementos centrais à questão das iniquidades em saúde (levando-se em conta a vasta literatura existente sobre o tema), edifica uma base conceitual a partir da qual são examinadas – no tópico seguinte – duas iniciativas públicas que fomentam práticas corporais/atividades físicas, bem como o contexto em que foram instituídas e operam.

---

[3] Sejam essas *práticas corporais/atividades físicas* institucionalmente organizadas ou de iniciativa espontânea dos próprios sujeitos.

PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA E O CONTEXTO SOCIOSSANITÁRIO: ANÁLISE DE DUAS INICIATIVAS PÚBLICAS EM VITÓRIA (ES)

Primeiro exemplo: Instrução Normativa nº 36 da Polícia Federal

Em 2010 foi homologada uma lei estendida a todo o território nacional; a diretriz da Polícia Federal brasileira, que institucionalizou um horário disponível para a prática de atividades físicas dos seus servidores. Tratou-se de fato inédito no serviço público civil, que atingiu cerca de 15 mil pessoas. Através dela, a prática de atividade física passou a ser considerada um "ato de serviço" (BRASIL, 2010).

O discurso governamental justificou a publicação da Instrução Normativa nº 36, advogando, dentre outras prerrogativas, a necessidade de se manter um bom estado de saúde dos policiais federais para melhor prestação do serviço público que lhes cabe. Sua operacionalização propõe redução de 1 hora nas tarefas cotidianas, a fim de que esse período se destine às atividades corporais (orientadas ou não) dos servidores. Todavia, tal tempo é computado como jornada de trabalho (diário) tendo, portanto, cunho obrigatório.

Desde a vigência da referida norma, considerando que a maioria das unidades da Polícia Federal no país não possui instalações apropriadas para tal prática, nem convênios para minimizar o problema, foi-lhes facultado escolher o local mais cômodo para realizá-la.

Como não há indícios de que essa estrutura física se viabilizará em curto ou médio prazo, paira uma

dúvida sobre a real motivação que fez nascer a Instrução Normativa nº 36: haveria, de fato, preocupação primordial com a saúde dos policiais ou se trataria de uma medida administrativa originada pelos efeitos da avassaladora influência ideológica do *healthism*, da corpolatria e dos estilos de vida saudáveis (NOGUEIRA, 2001; CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007; JALLINOJA et al., 2010; LINDSAY, 2010) cujos discursos se endereçam hoje a toda a sociedade?

Alguns servidores da Polícia Federal do Espírito Santo relataram que não se sentem motivados[4] a cumprir a referida atividade normativa: uns por considerarem a obrigatoriedade[5] uma regressão democrática e outros por não disporem de meios e/ou recursos financeiros para realizá-la fora do trabalho.

Policiais com melhor poder aquisitivo disseram cumprir suas atividades físicas em academias e clubes privados, ao passo que outros, com menor salário, admitiram realizá-las apenas ao ar livre, em lugares públicos (mesmo não sendo esses específicos para tal finalidade). No caso daqueles que moram em bairros privilegiados[6] da cidade de Vitória, como *Jardim Camburi* ou *Mata da Praia* (ver **Tabela 1**),

---

[4] A constatação refere-se às ponderações feitas por servidores da Superintendência Regional da Polícia Federal no Espírito Santo.

[5] A prática em questão tem caráter obrigatório para os policiais e facultativo para os demais servidores da Polícia Federal que ocupam cargos administrativos.

[6] Conferir na TABELA 1 o ranking dos dez melhores e dos dez piores bairros de Vitória, segundo a classificação do IQU, publicado em 2000.

com ótima infraestrutura urbana e dotados de parques, várias praças e calçadão na orla marítima, há nítida vantagem em relação aos colegas que residem em outras localidades desprovidas de tais recursos e facilidades.

A implantação da Instrução Normativa nº 36 pode sugerir estar a Polícia Federal um passo à frente das demais instituições públicas de segurança do país no que tange à política institucional voltada aos cuidados dos servidores. Todavia, a norma em questão possui caráter ambivalente, pois, ao mesmo tempo em que emerge escudada numa retórica dirigida à saúde dos policiais, é-lhes imposta como dever, obrigação.

Empresas de vários setores, sob a ótica do capitalismo, vêm implantando "medidas de prevenção" similares sustentadas a partir de discursos em prol da saúde do trabalhador. Incluem-se aí programas de atividades físico-recreativas, como os de ginástica laboral. A princípio, ações que aparentam proteger a saúde dos empregados, mas que, segundo Silva et al. (2006), pretendem tornar os sujeitos mais produtivos e reduzir os custos empresariais do absenteísmo.

A prática de atividades físicas estabelecida como norma legal na Polícia Federal remete, ainda, a outro questionamento referente à (des)igualdade de tratamento por parte da administração pública, responsável pelas instituições de segurança no Brasil. Se está reconhecida a importância dessa prática para a saúde dos policiais federais, porque não foram implantadas iniciativas similares nas polícias estaduais de todo o país? O sentido indagativo se robustece, sobretudo, pelo fato de essas corporações desenvolverem atividades laborais congêneres em situação de

maior exposição diária aos riscos da profissão, uma vez que possuem menor suporte técnico para realizar suas operações de campo, além de remuneração bem inferior em relação aos servidores federais.

Em um estudo sobre os policiais civis do Rio de janeiro, Minayo e Souza (2003, p. 232) apontaram que "*[...] A prática de atividade física regular é realizada por apenas 35,9% do total deles – dado preocupante, pois mostra que a maioria dos policiais não se prepara fisicamente [...]*". Situação semelhante ocorre na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: dois em cada três policiais que atuam dentro e fora dos batalhões da PMRJ estão acima do peso corpóreo considerado adequado e, por isso, potencialmente mais propensos a desenvolver hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares (MINAYO et al., 2008).

Apesar de o nosso foco de observação ter recaído sobre a Superintendência da Polícia Federal no Espírito Santo, em Vitória, a legislação que rege a prática da atividade física na Instituição se estende a todo o território nacional. Nesse sentido, talvez existam diferenças de interpretação em outras unidades da Polícia Federal quanto às questões aqui levantadas.

<u>Segundo exemplo</u>: Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)

O Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) vincula-se à Secretaria de Saúde da cidade de Vitória, ofertando à população de certos bairros (ao todo são 79 bairros), algumas modalidades de atividade física, orientadas por professores e/ou estagiários de

educação física em espaços físicos construídos para esse fim – "módulos permanentes" instalados em parques, praças e outras localidades públicas (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2011).

O SOE teve sua primeira unidade inaugurada em 1990, no bairro Jardim Camburi (IQU=0,73; ver **Tabela 1**). Atualmente existem 14 unidades permanentes do serviço em funcionamento, nas quais são oferecidas aulas de alongamento, *yoga*, hidroginástica, ginástica localizada, voleibol recreativo (para pessoas com mais de 40 anos), caminhada e dança.

Interessante notar que o SOE, um serviço municipal de saúde, gratuito, tenha se constituído pouco antes da existência do próprio SUS – cuja concretização só foi viabilizada após sua inserção na Constituição Federal do Brasil de 1988, e depois de muitas décadas de luta social e política. Por isso, do ponto de vista cronológico, quando o surgimento do SOE, no início dos anos 90, é comparado ao de programas projetados em escala nacional, como o **PSF**, em 1994, e os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF**, em 2008 (Brasil, 2008), lhe é atribuível até um *status* de vanguarda no setor, em termos de iniciativa pública.

Entretanto, apesar da "precocidade" temporal do SOE no campo sanitário, há, desde o início de sua existência, um descompasso político-conceitual que perdura até hoje: diz respeito aos critérios usados para implantação/expansão progressiva do serviço e que sustentam a atual distribuição geográfica de seus módulos pela cidade de Vitória. Tais critérios são divergentes daqueles adotados historicamente pela política nacional de saúde, ainda vigentes, que determinam prioridade na ordem de implantação/expansão das

ações programáticas do SUS, sempre a partir dos territórios com os piores níveis de desenvolvimento socioeconômico e sanitário (CAMPOS et al., 2009).

Dito de outra maneira, o planejamento e as decisões institucionais acerca de "por onde" começar a oferta do SOE e ampliar sua rede de serviços, não privilegia(r)am majoritariamente as localidades e populações mais vulneráveis de Vitória. Exemplo disso é o bairro Jardim Camburi – notabilizado pelo extenso calçadão em sua orla marítima e ótimas condições infraestruturais – escolhido como o primeiro a ser contemplado com uma unidade permanente do SOE, proporcionando o serviço principalmente à população ali residente e de seu entorno.

Providencial mencionar que o mapeamento das condições de vida e de saúde dos territórios é função atribuída às Equipes Matriciais de Saúde da Família. Esse diagnóstico situacional atualiza-se constantemente por meio de relatórios mensais (conhecidos também como "relatórios consolidados") emitidos à rede de serviços de cada município. Tais instrumentos estiveram e continuam ao alcance da gestão governamental para tomada de decisões político-administrativas, inclusive na cidade capixaba. Além disso, existem também as informações provenientes dos grandes censos nacionais periódicos do IBGE, através das quais, inclusive, se produziu e disponibilizou o primeiro IQU da cidade Vitória, no ano de 1991.

A partir das informações do IQU (2000) e do número de Homicídios nos bairros por ano (2010), sumarizadas na **Tabela 1**, foram formulados apontamentos sobre a relação entre aspectos pertinentes às condições de vida em alguns territórios de Vitória e

o funcionamento dos módulos permanentes do SOE, suas características, sua distribuição citadina e as possíveis barreiras que dificultam o atendimento equânime da população pelo referido serviço.

A análise comparativa dos escores das variáveis organizadas na **Tabela 1** dá pistas sobre a existência de uma geografia social assimétrica no contorno de tais espaços no município. Dentre os dez bairros com melhores valores de IQU, há 3 módulos permanentes do SOE instalados (de um total de 14 existentes); ou seja, aproximadamente 30% do território mais bem organizado e com melhores condições para se viver em Vitória possui unidades do serviço (**Tabela 1**). Por sua vez, em nenhum dos dez piores bairros (do 70º ao 79º) *rankiados* a partir do IQU, existe um módulo permanente do SOE (**Tabela 1**). Isso expressa, claramente, um *status* de iniquidade.

O enfrentamento dessa situação iníqua (ESCOREL, 2001; BARATA, 2009; NOGUEIRA, 2010) é prioridade que orienta até o texto da Constituição Brasileira; à gestão pública se faz necessário empreender esforços concretos para revertê-la. Deve-se estabelecer, entre outras medidas, maior oportunização às pessoas que residem em regiões menos "cobertas" pela ação das políticas sociais e que apresentam, em decorrência disso, quadros de morbimortalidade mais elevados; ou menores chances de fazer uso do espaço público para atender integralmente às suas demandas de saúde. Caso contrário, se manterá perpetuado o predomínio de oportunização e de acesso aos bairros mais abastados, onde os cidadãos provavelmente se sentem mais seguros para usufruírem do seu direito de ir e vir, inclusive para realizarem suas práticas corporais nas horas de lazer e cuidarem melhor de si próprios.

As quatorze localidades que possuem atendimento e unidades permanentes do SOE (**Anexo 1**) se situam entre o 2º e o 67º lugar no ranking do IQU. Quase metade dos módulos permanentes do SOE (seis deles) distribuem-se entre os dezessete melhores bairros, posição bastante privilegiada, considerando a totalidade dos 79 territórios do município. Em ordem crescente, são eles:

- 2º lugar: Mata da Praia (IQU = 0,83) – Módulo Pedra da Cebola;
- 6º lugar:Jardim da Penha (IQU = 0,79) – Módulo Camburi I;
- 9º lugar: Enseada do Suá (IQU = 0,75) – Módulo Praça dos Desejos;
- 11º lugar: Centro (IQU = 0,74) – Módulo Parque Moscoso;
- 13º lugar: Jardim Camburi (IQU = 0,73) – Módulo Camburi II;
- 17º lugar: Bairro de Lourdes (IQU = 0,69) – Módulo Bairro de Lourdes;
- 44º lugar: Forte São João (IQU = 0,55) – Módulo Beira Mar;
- 46º lugar: Maria Ortiz (IQU = 0,50) – Módulo Goiabeiras;
- 47º lugar: Mario Cypreste (IQU = 0,49) – Módulo Prainha de Santo Antonio;
- 60º lugar: São Pedro (IQU = 0,43) – Módulo São Pedro;
- 60º lugar: São Pedro (IQU = 0,43) – Módulo Academia Popular-São Pedro;
- 65º lugar: Santo André (IQU = 0,42) – Módulo Baía Noroeste;

- 67º lugar: Bairro da Penha (IQU = 0,41) – Módulo Horto de Maruípe;
- 67º lugar: Bairro da Penha (IQU = 0,41) – Módulo Academia Popular-Bairro da Penha.

Entre as informações disponíveis na **Tabela 1** também é relevante indicar o número de homicídios, bem mais elevado no grupo dos dez bairros com piores valores de IQU, o que revela uma provável barreira à efetiva participação das pessoas lá residentes nas práticas corporais ao ar livre (caminhada ou corrida, por exemplo). Principalmente porque já se sabe que o panorama de violência nas periferias urbanas do Brasil, via de regra, não costuma estar desacompanhado de um quadro local de pobreza, falta de saneamento, desemprego e morbimortalidade preocupante (BARATA, 2009; NOGUEIRA, 2010).

Os resultados de outros estudos ilustram como contextos difíceis e marginalizados, eivados de iniquidades, também produzem desfechos impactantes na saúde materno-infantil (FREITAS e SAVI, 2011) e até inviabilizam o envolvimento com hábitos saudáveis (GHADDAR et al., 2010) dos grupos populacionais que vivem em tais realidades.

Mesmo que pessoas residentes em localidades similares tenham conhecimento dos potenciais benefícios das atividades corporais orientadas para o organismo, não seria razoável pensar o comportamento de resistência delas em se exercitar nos ambientes públicos dos bairros, onde a violência é recorrente, como um modo de proteger a própria vida dos riscos produzidos por esse tipo de mazela social?

TABELA 1 – Descreve o ranking dos bairros do município de Vitória-ES (os 10 melhores e os 10 piores) segundo valores do Índice de Qualidade Urbana por bairro – IQU*, associando-o ao Número de Homicídios nos bairros por ano – H e à presença/ausência de unidades permanentes do Serviço de Orientação ao Exercício – SOE nesses territórios.**

Ranking	Bairro	IQU*	H**	Módulo SOE	Ranking	Bairro	IQU*	H**	Módulo SOE
1º	Santa Helena	0,84	0	Não há	**70º**	Jesus de Nazareth	0,37	3	Não há
2º	Mata da Praia	0,83	0	**Existe**	**71º**	Resistência	0,37	7	Não há
3º	Ilha do Frade	0,81	0	Não há	**72º**	Gurigica	0,36	6	Não há
4º	Praia do Canto	0,80	0	Não há	**73º**	Nova Palestina	0,36	8	Não há
5º	Ilha do Boi	0,80	0	Não há	**74º**	Santos Reis	0,34	0	Não há

Ranking	Bairro	IQU*	H**	Módulo SOE	Ranking	Bairro	IQU*	H**	Módulo SOE
6º	Jardim da Penha	0,79	1	**Existe**	**75º**	Fonte Grande	0,34	0	Não há
7º	Barro Vermelho	0,78	0	Não há	**76º**	Piedade	0,30	1	Não há
8º	Santa Lúcia	0,77	2	Não há	**77º**	Ilha das Caieiras	0,29	1	Não há
9º	Enseada do Suá	0,75	1	**Existe**	**78º**	Conquista	0,22	2	Não há
10º	Bento Ferreira	0,75	1	Não há	**79º**	São Benedito	0,20	0	Não há

***Índice de Qualidade Urbana por bairros** referente ao ano de 2000, produzido a partir dos dados do Censo do IBGE realizado em 2000 (Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/maior_menor.asp).

****Número de Homicídos** corresponde ao número total desse tipo de ocorrência registrado em cada bairro de Vitória, durante o ano de 2010. Nessa contagem de registros de homicídios foram excluídos outros incidentes letais como: óbito gerado por acidente de trânsito, latrocínio, lesão corporal seguida de morte, confronto com a polícia e suicídio. Para efeito de análise, a Secretaria de Segurança Pública de Vitória considerou "sede do homicídio" o local de ocorrência do fato violento e não o local do óbito.

A universalização do acesso aos serviços de saúde, apesar de importante, permanece insuficiente para reduzir as disparidades sociossanitárias entre regiões do país e no interior dos territórios citadinos – como no caso da capital capixaba. Se a iniciativa do poder governamental não destinar investimentos progressiva e proporcionalmente maiores aos "espaços desfavorecidos", a tendência de perpetuação histórica de iniquidades em saúde não será alterada (CAIAFFA et al,. 2008).

Nesse sentido, Akerman e Bousquat (1999, p.13) postulam que, para qualquer ação pública ter capacidade de enfrentar os problemas de sua região com eficácia, não pode desconhecer tais diferenças, pois as áreas com maior probabilidade de seus habitantes sofrerem maiores danos ou segregação devem ter, por parte de sua administração, um cuidado diferenciado. A ação deve ser abordada dentro de uma estratégia de redefinição sociocultural do espaço urbano local. Não basta apenas indicar áreas onde o problema é mais grave; o que importa é a busca de uma nova articulação entre os espaços, cujas disparidades tenham sido explicitadas.

Esse enfrentamento passa também pela perspectiva de ampliação da oferta dos serviços públicos que proporcionam práticas corporais orientadas aos grupos socialmente vulnerabilizados, desde que precedida por uma substancial melhoria das condições infraestruturais urbanas e de outros serviços essenciais a uma existência digna dos cidadãos "pertencentes" a esses territórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propostas de distintas esferas governamentais que envolvem atividades corporais orientadas, situadas no contexto da Atenção Básica, têm surgido como alternativas integradas às políticas do setor no Brasil, nos últimos anos. Nesse cenário, destacam-se os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, espaços institucionais criados pelo Ministério da Saúde que se constituíram "portas de entrada" para implementação de tais práticas (Brasil, 2008).

Contudo, vale lembrar que os **NASF**, anunciados pelo Governo Federal como instâncias de cooperação multidisciplinar cujas atividades se organizam sob a batuta de diferentes profissionais, precisam articular-se e ir ao encontro das demandas sanitárias diagnosticadas e enfrentadas cotidianamente pelas Equipes Matriciais do **PSF** (CAMPOS, 1999; CUNHA e CAMPOS, 2011). A portaria ministerial dos NASF contemplou nove núcleos estratégicos – sendo apenas um deles destinado às práticas corporais/atividades físicas (BRASIL, 2008).

Apesar de difundidos pelo Brasil afora desde uma retórica sobre o acesso universal às práticas corporais como um direito à saúde e à cidadania, várias críticas recaem sobre os argumentos doutrinários de iniciativas institucionais afins e, sobre seus modos de operar (FERREIRA, 2008; BAGRICHEVSKY et al., 2010; FERNANDES e SIQUEIRA, 2010; JALLINOJA et al., 2010; LINDSAY, 2010; PETERSEN et al., 2010). Isso ocorre, em parte, porque se vinculam mais à face legalista, à obrigação de cuidar da própria saúde e à medicalização do corpo, e menos à emancipação coletiva, à

promoção da equidade e à (discussão sobre a existência ou não de uma) liberdade factual para os sujeitos exercerem escolhas, levando-se em conta o panorama nacional de mazelas estruturais e as próprias aspirações e prioridades dos projetos de vida das pessoas.

Se, por um lado, é sensato reconhecer interessantes possibilidades de contribuição das práticas corporais na Atenção Básica à Saúde – desde que certas pré-condições contextuais de vida existam para viabilizá-las –, de outro, torna-se necessário avaliar com minúcias a sustentação discursiva dessas iniciativas, os vários usos e deslocamentos da produção dos saberes/poderes aí engendrados e circulantes (LUPTON, 1993).

Do ponto de vista ético, são preocupantes os argumentos e interesses subjacentes às propostas que incitam mudanças de comportamentos como eixo central de promoção da saúde, de modo cada vez mais apologético (CASTIEL, 2004; JALLINOJA et al., 2010; LINDSAY, 2010; THOMPSON e KUMAR, 2011) e a despeito do cenário contemporâneo de crescentes injustiças sociais (BARATA, 2009; NOGUEIRA, 2010) sobre o qual se impõem.

Há fartura de argumentos a indicar que esse enfoque comportamentalista despolitiza e desconsidera o fecundo aporte teórico-metodológico acumulado no campo da Saúde Coletiva, além de desviar perigosamente nosso "olhar" da complexa problemática das iniquidades em saúde, majoritária no atual contexto (TRAVERSO-YEPEZ, 2004; RABELLO, 2010; FREITAS e PORTO, 2011).

Preocupações similares têm emergido quanto à escassez de estudos críticos a respeito das iniquidades

sociais e sua intrincada (e por vezes velada) relação com a saúde (PRÓSPERO et al., 2005), e quanto ao número reduzido de pesquisas que investem para além do mapeamento quantitativo estratificado de fatores de risco à saúde (SILVA et al., 2006), boa parte delas sustentada em inquéritos acerca de comportamentos individuais (CASTIEL et al., 2010).

Boaventura de Souza Santos (2000), ao analisar as sociedades contemporâneas, critica com vigor as visões de mundo centradas nessa postura individualizante – da qual também é signatária a ciência hegemônica – afirmando que não há maneira de se produzir emancipação das coletividades seguindo tal orientação. O sociólogo português diz ainda, que democracia sem justiça social é mera formalidade.

Para que as práticas corporais sejam consideradas, de fato, estratégias ligadas ao bem-estar da população, há antes dilemas por resolver: expropriar o sentido moral de sua ausência no cotidiano – cuja pecha responde pela alcunha de "sedentarismo" – que tem servido para culpar previamente as pessoas por sua eventual chance de adoecimento (MARTIN, 2001); refutar sua conotação de panaceia terapêutica, prescrita e justificada a partir de um rol exclusivo de benefícios orgânicos que, via de regra, desconsidera os contextos socioeconômicos para os quais vêm sendo direcionadas (BAGRICHEVSKY et al., 2010). Sua (res)significação precisa extrapolar os limites da individualidade e impregnar-se de concepções mais densas, sensíveis à dimensão coletiva, política, cultural, subjetiva, que atravessam e demarcam (e, muitas vezes, restringem) as potencialidades de nossa condição existencial.

É necessário, portanto, examinar e discutir as racionalidades norteadoras de programas institucionalizados de práticas corporais adotados como ações promotoras de saúde, bem como os efeitos iatrogênicos dessa perspectiva (NOGUEIRA, 2001; CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007; JALLINOJA et al., 2010; LINDSAY, 2010). Incorporar a ideia-conceito de promoção da saúde estritamente como sinônimo de envolvimento com práticas corporais/atividades físicas é problemático diante da primazia de sua relação com propósitos sociais emancipatórios.

Assumir a promoção da saúde como ideário exige, antes de tudo, acatar pressupostos ético-políticos de sua legitimação histórica (BUCHANAN, 2000; TRAVERSO-YEPEZ, 2004; FREITAS e PORTO, 2011) e reconhecer a amálgama que entrelaça seu conjunto de postulados à questão das iniquidades (BAUM, 2008; THOMPSON e KUMAR, 2011).

Isso impõe repensar, de igual modo, a ancoragem da promoção da saúde em discursos científico-midiáticos sobre riscos epidemiológicos e as respectivas formas "comportamentais" de prevenção a partir daí sugeridas, mesmo que essas retóricas se encontrem, estratégica e assimetricamente, empregadas também pela agenda oficial (LUPTON, 1993; CASTIEL et al., 2010; GAGNON et al., 2010). Sobretudo porque ainda não se logrou êxito na concretização dos princípios equânimes da promoção da saúde nos países periféricos do capitalismo, como o Brasil (a despeito das qualificações emitidas por organismos internacionais que, em anos recentes, chamam-no de nação de economia emergente), em grande parte devido ao jogo de poder político-econômico dominante, exercido pelas

grandes corporações privadas e nações mandatárias do cenário mundial globalizado (RABELLO, 2010).

Fundamental, então, relativizar o peso atribuído à "responsabilidade pessoal" no microcotidiano das práticas de (promoção da) saúde (MARTIN, 2001; HOLMBERG e PARASCANDOLA, 2010), mediante a constatação dos vagarosos avanços das macropolíticas governamentais, ainda insuficientes para reverter/refrear as preocupantes realidades iníquas que nos cercam de modo persistente.

REFERÊNCIAS

AÏACH, P.; BAUMANN, M. An assessment of the geographical approach to health inequality. *Critical Public Health*, v. 21, n. 1, p. 63-69, 2011.

AKERMAN, M.; BOUSQUAT, A. Mapas de risco de violência. *São Paulo em Perspectiva*, v. 13, n. 4, p. 112-120, 1999.

BAGRICHEVSKY, M.; CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R.; ESTEVÃO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1699-1708, 2010.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. *Arquivos em Movimento*, v. 4, n.1, p. 128-143, 2008.

BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BAUM, F. The Commission on the Social Determinants of Health: reinventing health promotion for the twenty-first century?. *Critical Public Health*, v. 18, n. 4, p. 457-466, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. Boletim de Serviço n. 155. *Instrução Normativa n. 36*. Brasília: Departamento de Polícia Federal, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUCHANAN, D.R. *An ethic for health promotion: rethinking the sources of human well-being*. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000.

CAIAFFA, W.T.; CARDOSO, C.S.; PROIETTI, F.A. Commentary: Governance: does it matter in shaping health in urban settings? How in depth can we go? *International Journal of Epidemiology*, v. 37, p. 784-785, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. et al (Org). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.

CASTIEL, L.D, ALVAREZ-DARDET, C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L.D, GUILAM, M.C.; FERREIRA, M.S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DE MAIO, F. Advancing the income inequality – health hypothesis. *Critical Public Health*, v. 18, ahead of print, 2011.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 1978. Disponível em: http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf. Acesso em 11 de março de 2009.

ESCOREL, S. *Os dilemas da eqüidade em saúde: aspectos conceituais*. 2001. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf. Acesso em: 20 de março de 2010.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface*, v. 14, n. 33, p. 371-85, 2010.

FERREIRA, M.S. *Agite antes de usar... a promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

FREITAS, J.D.; PORTO, M.F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, n. 2, p. 179-200, 2011.

FREITAS, P.F.; SAVI, E.P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, 2011.

GAGNON, M.; JACOB, J.D.; HOLMES, D. Governing through (in)security: a critical analysis of a fear-based public health campaign. *Critical Public Health*, v. 20, n. 2, p. 245-256, 2010.

GHADDAR, S.; BROWN, C.J.; PAGAN, JA.; DIAZ, V. Acculturation and healthy lifestyle habits among Hispanics in United States-Mexico border communities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 28, n. 3, p. 190-197, 2010.

HOLMBERG, C.; PARASCANDOLA, M. Individualised risk estimation and the nature of prevention. *Health, Risk & Society*, v. 12, n. 5, p. 441-452, 2010.

HUXLEY, A. *Admirável mundo novo*. Rio de Janeiro: Globo, 1932.

JALLINOJA, P.; PAJARI, P.; ABSETZ, P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health*, v. 14, p. 115-130, 2010.

LINDSAY, J. Healthy living guidelines and the disconnect with everyday life. *Critical Public Health*, v. 20, n. 4, p. 475-487, 2010.

LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, v. 23, p. 425-435, 1993.

MARTIN, M.W. Responsibility for health and blaming victims. *Journal of Medical Humanities*, v. 22, n. 2, p. 95-114, 2001.

MERHY, E.E. *Alma Ata: qual é o jogo?*. 1986. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf. Acesso em: 17 de agosto de 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P. *Missão: prevenir e proteger*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

NOGUEIRA, R.P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NOGUEIRA, R.P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. et al (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

PETERSEN, A.; DAVIS, M.; FRASER, S.; LINDSAY, J. Healthy living and citizenship: an overview. *Critical Public Health*, v. 20, n. 4, p. 391-400, 2010.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica. *Índice de Qualidade Urbana*. Vitória: Secretaria Municipal de Gestão Estratégica, 2000. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/iqu.asp. Acesso em 12/03/2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Segurança Urbana. Gerência de Pesquisa Estratégica e Monitoramento da Violência Urbana. *Homicídios em Vitória- 2010: Diagnóstico*. Vitória: Secretaria Municipal de Segurança Urbana, 2010.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Exercício com orientação*. 2011. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico. Acesso em 12/03/2011.

PROIETTI, F.A.; OLIVEIRA, C.L.; FERREIRA, F.R.; FERREIRA, A.D.; CAIAFFA, W.T. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. *Physis*, v. 18, n. 3, p. 469-482, 2008.

PRÓSPERO, E.N.S.; MACHADO, H.; STUCKER, H.; ELSEN, I.; ÂNGELO, M.V.; SILVA, Y.F. Riscos potenciais de saúde: análise de exclusão e inclusão social das famílias de Itajaí/SC. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 14, n. especial, p. 47-53, 2005.

RABELLO, L.S. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAPHAEL, D. A discourse analysis of the social determinants of health. *Critical Public Health*, v. 21, n. 2, p. 221-236, 2011.

SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, L.A.A.; MERCÊS, N.N.A.; SCHMIDT, S.M.S.; MARCELINO, S.R.; PIRES, D.E.P.; CARRARO, T.E. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 15, n. especial, p. 170-177, 2006.

THOMPSON, L.; KUMAR, A. Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering. *Critical Public Health*, v. 21, n. 1, p. 105-117, 2011.

TRAVERSO-YEPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface*, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2004.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

VERMELHO, L.L; COSTA, A.J.L.; KALE, P.L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R.A. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 31-79.

WAITZMAN, N.J.; SMITH, K.R. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *The Milbank Quartely*, v. 76, n. 3, p. 341-373,1998.

PROMOÇÃO DA SAÚDE, EMPOWERMENT E O DISCURSO DA VIDA ATIVA[1]

Marcos Santos Ferreira
Luis David Castiel

Introdução

Se a Promoção da Saúde pode servir tanto a proposições comprometidas com o *status quo*, quanto a projetos socialmente transformadores (CARVALHO, 2004a) é porque suas ideias-chave se prestam, de certo modo, a essa dubiedade. Cabe analisar, portanto, como o *empowerment*, considerado o âmago da Promoção da Saúde (CARVALHO, 2004b; GOHN, 2004; WHO, 1998a; WHO; 1991, WHO, 1986; MAcDONALD, 1998; LABONTE, 1994a; ROBERTSON e MINKLER, 1994), pode servir a esse papel. Um dos motivos, sem dúvida, está nos múltiplos sentidos conferidos ao *empowerment* (CARVALHO, 2004b; Gohn, 2004; ROBERTSON e MINKLER, 1994), a ponto de ser visto como algo a ser obtido em prol da transformação (CARVALHO, 2004b), ou como forma de mascarar a conivência com a atual forma de economia política e o capitalismo de consumo (STOTZ e ARAÚJO, 2004; GRACE, 1991).

[1] Parte deste texto integra o artigo intitulado '*Which empowerment, which health promotion? conceptual convergences and divergences in preventive health actions*', publicado nos Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 1, 2009.

Embora os significados conferidos a *empower* em português, sejam "*dar poderes a*, *autorizar*, *licenciar; habilitar*, *permitir*", segundo Houaiss (1982, p.250), o termo não tem um vocábulo correlato em nossa língua. Não obstante, *empowerment* vem sendo traduzido pelo anglicismo 'empoderamento' por alguns estudiosos do campo sanitário (GOHN, 2004; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004). Contudo, além de esse anglicismo não soar bem, mascara as diferentes nuances que o termo pode comportar e, assim sendo, preferimos adotar o vocábulo na língua inglesa.

Com efeito, essa multiplicidade de abordagens do *empowerment* é terreno fértil para que sirva como forma de controle social (RISSEL, 1994) e de ocultação de práticas conservadoras (LABONTE, 1989). Examinemos, então, o termo *empowerment*, seus significados e como ele vem sendo empregado no âmbito da Promoção da Saúde e de um destacado programa de promoção da "*vida ativa*": o Agita São Paulo.

A emergência da noção de empowerment e a promoção da saúde

A Promoção da Saúde se configurou, desde a década de 1970, em resposta aos anúncios oficiais sobre altos custos dos sistemas de saúde hospitalocêntricos, de base curativa. A ideia passou a ser evitar as doenças em vez de deixá-las surgir. A despeito do nítido deslocamento do foco na cura para a prevenção de doenças, o ideário da Promoção da Saúde, a partir da década de 1980, passou a abarcar outras ideias-chave: a defesa da participação da comunidade na

definição e busca de soluções para seus problemas de saúde; a crítica à ênfase nas mudanças comportamentais individuais (ou estilos de vida), e à figura do médico como único profissional responsável pela saúde.

A nosso ver, o *empowerment*, como antítese da noção de incapacidade (*powerlessness*) ajustava-se perfeitamente àquela nova perspectiva de Promoção da Saúde que se delineou a partir dos anos 80 e que pretendia ir além da prevenção de doenças e da ênfase comportamentalista que marcaram a década de 1970. Há autores (RAPPAPORT, 1981), inclusive, que enaltecem o *empowerment* como meio de superação do enfoque preventivista, com o argumento de que não há resposta única para problemas sociais. As soluções passariam por múltiplas e complexas possibilidades, que seriam melhor viabilizadas se as políticas sociais se pautassem pela noção de *empowerment*.

Por outro lado, o *empowerment* não poderia ser visto como um construto monolítico, muito menos uma panaceia para os desafios colocados no e pelo campo da saúde (WALLERSTEIN e BERNSTEIN, 1994). A noção de *empowerment* deveria se basear no pensamento divergente, encorajar a diversidade por meio da participação de diferentes grupos sociais no enfrentamento de seus problemas de saúde, e em oposição às agências e instituições que, de modo centralizador, controla(va)m recursos, valoriza(va)m o pensamento unívoco e tenta(va)m padronizar as formas de as pessoas viverem suas vidas, conforme Rappaport (1981).

Foi na década de 1980, notadamente a partir da Conferência de Ottawa, em 1986, que *empowerment* passou a ser mencionado como uma das

ideias centrais da Promoção da Saúde (WHO, 1998a; WALLERSTEIN e BERNSTEIN, 1994; SIMPSON e FREEMAN, 2004), mais precisamente como âmago do 'reforço da ação comunitária', apontado na Carta de Ottawa como um dos campos de intervenção da Promoção da Saúde. A centralidade do *empowerment* para a Promoção da Saúde foi ressaltada, ainda, em outras conferências (WHO, 1991; WHO, 2005) e na 51ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS (WHO, 1998b). Essa centralidade deve-se ao fato de o *empowerment* incorporar a 'razão de ser' da Promoção da Saúde (RISSEL, 1994), expresso na forte semelhança entre ambos os conceitos. *Empowerment*, via de regra, era apontado como o "*processo por meio do qual pessoas ganham maior controle sobre ações e decisões que afetam sua saúde*" (NUTBEAM, 1998, p. 6); e Promoção da Saúde como o "*processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la*" (WHO, 1986; NUTBEAM, 1998, p. 1). Ora, dessa concepção emergem algumas questões que são fundamentais à compreensão da noção de *empowerment*.

Empowerment e Poder

Não se trata aqui de percorrer os intrincados trajetos teóricos das produções acerca da temática do poder e suas derivações, pois seria algo que ultrapassaria o escopo deste trabalho. É o caso, isso sim, de refletir sobre o fato de o verbo *empower* poder assumir as formas transitiva e intransitiva (LABONTE, 1994a). Quando transitivo, ele requer a presença de

um ou mais complementos para a ação ganhar sentido. Nesse caso, a ação [*empower*] é praticada pelo sujeito *para* alguém. Como ideia subjacente, o poder deveria ser concedido, transferido de uma pessoa ou grupo para outros. Mas, como isso se daria?

A partir de fórmulas 'providenciadas' pelas autoridades sanitárias, as populações foram chamadas a intervir na gestão de sua própria saúde. No entanto, não se pode assumir que as pessoas detêm poder sem possuir autonomia (entendida como capacidade prática em termos socioeconômicos, culturais, políticos, emocionais e cognitivos) para avaliar aquelas fórmulas, aceitando-as ou recusando-as, sem que isso se transforme em prejuízo para elas próprias. Não se pode assumir que detêm poder sem que participem ativamente da definição de seus problemas de saúde e da formulação de propostas para a superação da situação. Assim, a ideia de transferência de poder serviria para legitimar a incapacidade de ação que os sujeitos, em condições adversas de vida, podem ter para a ação.

Quando intransitivo, o verbo não aceita complemento para ganhar sentido. Nesse caso, a ação [*empower*] é praticada pelo e para o próprio sujeito ou coletivo. Aqui, a ideia subjacente é a de que o poder se conquista por conta própria, pela pessoa ou por grupos. Essa perspectiva diz respeito a ações que servem para que as populações tomem o poder para si, o que não é possível, portanto, sem que adotem uma postura de maior protagonismo no processo. Essa perspectiva, no entanto, parece não prevalecer nas ações de Promoção da Saúde; fato que, a nosso ver, se explica por sua ligação visceral com o Estado

(STEVENSON e BURKE, 1992). Nascida fortemente vinculada ao Estado e sob seus auspícios, como a Promoção da Saúde poderia produzir ações que habilitassem as pessoas a desafiá-lo?

Distinções como essa, porém, nem sempre são feitas ou ficam claras nos textos ou propostas de Promoção da Saúde, o que, certamente, contribui para a indefinição conceitual do termo *empowerment* aludida anteriormente. Talvez por isso, há quem assinale a intransitividade do verbo em sua própria grafia, apontando o *self-empowerment* como elemento central de programas de educação em saúde desenvolvidos sob a ótica da Promoção da Saúde (TONES, 1986).

Por sua vez, outros adeptos da Promoção da Saúde veem *empowerment* como um fenômeno que ocorre quando há transferência de poder de uma parte para outra (ROBERTSON e MINKLER, 1994). Mas será isso possível? Será que o *empowerment* pode ser visto como algo concedido por alguém a outrem?

A resposta a essa questão requer uma reflexão mais detida sobre os significados atribuídos à noção de poder. Nesse caso, é especialmente elucidativa a leitura foucaultiana sobre poder, conceito subjacente à noção de *empowerment*: poder envolve a relação de forças e, portanto, está em todas as partes e lugares, para além do Estado e de suas instituições, segundo Foucault (1979). O poder, portanto, não é um objeto, uma coisa, mas uma relação (MACHADO, 1979). Nesse sentido, não cabe a ideia de que o poder seja concedido por alguém a outrem, como 'algo' que vem de fora. O poder se configura na medida em

que se estabelece toda e qualquer relação social; ele não é um atributo de indivíduos e comunidades, mas uma expressão da relação entre duas entidades (LABONTE, 1994b). Assim sendo, a capacidade de *empowerment* existe em todas as pessoas, no contexto das inúmeras possibilidades de relação que estabelecem com o outro (LABONTE, 1994b).

Não há um poder cuja essência possa ser definida por características universais (FOUCAULT, 1979). Não existe algo unitário e global chamado poder, mas formas díspares, heterogêneas e em constante transformação (MACHADO, 1979). Em suma, assumir o caráter relacional do poder como pressuposto básico para as discussões sobre *empowerment* implica a recusa da ideia de sua transferência externa e altruísta como se fosse uma entidade, uma coisa.

Desse modo, aceitar o *empowerment* tão somente como transferência de poder, representaria uma forma de referendar sua versão mais improvável, mais afeita a usos não contestatórios. Acolher essa concepção de *empowerment* implica perceber os 'empoderados' como elementos passivos, o que contribui para ocultar a ideia de que onde há poder, há também resistência, no dizer de Foucault (1979). Não raro, usa-se o *empowerment* para disfarçar a função de controle social exercida por profissionais de saúde que se dirigem às populações tomando conceitos formulados *a priori* como guias para a elaboração e avaliação de suas ações (GRACE, 1991). Na verdade, ninguém 'empodera' ninguém (LABONTE, 1989; BRAITHWAITE, 1994). *Empowerment* não é algo que possa ser dado e sim algo que deve ser conquistado (RAPPAPORT, 1985).

Entretanto, não negamos a possibilidade (teórica) de o poder ser 'entregue' na vida real, isto é, de ser transferido altruistamente. Todavia, não a consideramos como hipótese para pautar as discussões sobre *empowerment* numa perspectiva crítica. Isso seria tomar a exceção como regra, a parte pelo todo. A nosso ver, não se transfere poder sem conflitos. Muitas das decisões tomadas por quem visa à manutenção do poder são aparentemente consensuais. Correspondem, na verdade, a pequenas concessões feitas com o objetivo de manter grandes privilégios. A análise da possibilidade de transferência de poder, portanto, deve basear-se na relação de múltiplas e, por vezes, contraditórias formas, que se estabelecem entre as partes envolvidas. Seguindo esse raciocínio, é possível assinalar a natureza dialética do poder e, por extensão, do *empowerment*, ora visto como ação de transferência de poder a outros, ora como ação de conquista por conta própria.

Quando um dos lados tem que perder poder para o outro ganhar, diz-se que predomina um tipo de relação chamado 'soma zero' ou 'ganho/perda' [do inglês *win/lose or zero-sum relationship*] (LABONTE, 1994b). Esse tipo de poder é finito, já que não é possível que alguém melhore de *status* social (admitindo-o, por definição, como uma medida comparativa) sem que outros piorem sua condição; que grupos sociais minoritários obtenham ganhos contra práticas discriminatórias (raciais e de gênero, por exemplo) sem que certos grupos percam parte de seu poder sobre esse tipo de prática; que se supere a exploração econômica sem que o explorador perca seu controle sobre o capital (LABONTE, 1994b).

Já quando predomina uma relação em que todos ganham [do inglês *win/win* ou *nonzero-sum relationship*], trata-se de manifestação do poder que pode (e deveria) se expandir sem limites, uma vez que se refere a situações nas quais prevalece a ética do respeito mútuo, da reciprocidade, da humildade e da interdependência entre as partes (LABONTE, 1994b). Preferimos ressaltar, no entanto, que esse tipo de poder se manifesta mais comumente em situações cujas partes envolvidas têm interesses comuns. Num horizonte mais amplo, porém, esses interesses serão diferentes aos de outros grupos sociais. A realidade da distribuição política e econômica de poder não produz cenários em que todos ganham (LABONTE, 1989). Portanto, pensar o *empowerment* como uma relação significa que as situações de perda/ganho e ganho/ganho se dão conflituosa, simultânea e dialeticamente.

Na esteira da miríade de abordagens para o *empowerment*, apresentam-se, ainda, as noções de 'poder sobre' e 'poder com' (LABONTE, 1994a) expressando, de certo modo, relações semelhantes às de 'soma zero ou de ganho/perda' e de 'soma não-zero ou de ganho/ganho', respectivamente. Vejamos como essas noções podem se manifestar em uma situação muito comum em países como o Brasil.

Quando profissionais de saúde dirigem-se a determinado bairro pobre (de poder econômico, de direitos, de justiça social) com o objetivo de erradicar o mosquito *Aedes Aegypti* e, por conseguinte, a epidemia de dengue, se estabelecem relações (de poder) entre as partes envolvidas. Se os profissionais se limitam a advogar ações preventivas descontextualizadas (em geral calcadas na mudança de comportamentos

individuais), concebidas previamente e segundo sua própria visão de mundo, tomando como medida de efetividade o fiel cumprimento de suas determinações por parte dos moradores daquela localidade, o que prepondera é uma relação de 'poder sobre'. Ações desse tipo traduzem-se, geralmente, na distribuição de cartilhas e cartazes informativos, concebidos em gabinetes e sem a participação da comunidade.

Por outro lado, se esses profissionais procuram conhecer a realidade dos moradores e os problemas por eles definidos; se buscam fazer emergir a reflexão crítica entre os moradores, aprofundando-a, não apenas sobre os determinantes biológicos, mas, sobretudo, sobre os ambientais, sociais, econômicos, culturais e políticos da referida doença, o que predomina é uma relação de 'poder com'.

No entanto, arranjos mais igualitários para a interação entre profissionais da saúde e grupos de pessoas, baseados na noção de 'poder com', embora representem um avanço, podem ignorar diferenças estruturais (de classe social, de formação educacional e profissional, por exemplo) entre as partes envolvidas (ROBERTSON e MINKLER, 1994). Autores como Stotz e Araújo (2004), assumem posição de uma crítica mais dura em relação ao *empowerment*, pois, ainda que pautado na noção de 'poder com', não poderia ser visto como meio de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder, mas como método de construção de consenso que exige negociação e 'concertação' social.

Como profissionais de saúde, que fazem a mediação entre as aspirações das camadas da população mais destituídas de poder e os interesses de grupos si-

tuados em posição privilegiada de poder na sociedade, poderiam desempenhar seu papel sem servir de referência para a reconstrução das identidades sociais dos grupos excluídos? Não seria isso uma nova forma de 'tutela' sobre a maioria da população? (STOTZ e ARAÚJO, 2004).

Indagação semelhante foi feita por Scherer-Warren (2006), que tomou como parâmetro o papel das Organizações Não Governamentais em relação aos movimentos sociais, de base local. Como o trabalho dos representantes dessas organizações poderia voltar-se ao *empowerment* dos sujeitos socialmente mais excluídos, sem que houvesse estimulação às hierarquizações de poder? O autor sugere algumas orientações político-pedagógicas que, talvez, sejam relevantes no trabalho de mediação social. A recuperação da dignidade dos sujeitos socialmente excluídos passaria pela desconstrução das discriminações por eles introjetadas (sem a qual não há 'luta por direitos'); e pelo resgate positivo de suas raízes culturais, simbólicas, estéticas (sem abrir mão de avaliações autocríticas transformadoras), de modo a potencializar [novas] formas de ação coletiva de base, com vistas ao enfrentamento e à solução de problemas sociais (SCHERER-WARREN, 2006).

A concretização dessas ações, porém, vai muito além da simples provisão de informações aos excluídos. Além de habilidades específicas para se lidar com o problema da exclusão social, a luta por sua superação deve pautar-se na solidariedade entre sujeitos e diferentes grupos sociais. A questão é: como tais valores emergiriam em contextos tão adversos, marcados pela desigual participação de pessoas e grupos

sociais no processo de produção de bens e riquezas de uma nação? Como quebrar esse aparente círculo vicioso?

Entretanto, não se pode negar que as informações sobre a etiologia de certas doenças podem contribuir para ampliar o poder de decisão da população daquele bairro em relação à sua saúde – admitindo-se, é claro, que a informação possa ter sido compreendida e assimilada pelas pessoas, o que se torna tão mais difícil quanto maior se apresenta o fosso social entre as partes envolvidas (profissionais de saúde e moradores do bairro em questão). O conhecimento de que calor e água parada são condições ideais para a reprodução do mosquito da dengue, embora não garanta, pode levar os residentes locais a minimizar a exposição dos espaços onde há concentração de água estagnada, o que concorreria para minorar o problema.

Esse suposto aumento do poder de decisão, no entanto, restringe-se à esfera individual, já que não houve, da parte do Estado, representado pelos profissionais de saúde, a cessão de nenhum poder para os moradores do referido bairro. A eles não foi outorgado o direito de decidir, por exemplo, o montante e o destino do dinheiro público a ser investido para superar aquela doença e outros problemas de saúde correlatos.

Por outro lado, a par da provisão de informações, a reflexão crítica sobre os determinantes sociais, econômicos e políticos dos problemas de saúde pode contribuir para um maior domínio e maior compreensão daqueles moradores, sobre os riscos da doença, em particular, e sobre sua saúde, em geral. Pode, também, ampliar suas possibilidades de interpretar

suas condições de vida, quem sabe, levando-os a lutar por mudanças sociais mais radicais, como redistribuição de renda e terra, acesso universal à educação e aos serviços de saúde, entre outras.

Tais ações poderiam ser vistas como expressão de um maior poder daquele grupo de moradores? De certo modo, sim. Trata-se, porém, de um poder *para a luta* pelo poder; ou seja, de um poder que só se materializa na interação social e no jogo de conflitos de interesses, e não de um poder que tenha sido concedido, transferido por outrem como 'algo' vindo de fora.

Ao mesmo tempo em que se reconhece que a maioria dos programas de abordagem comportamental, fundada na ideia de risco epidemiológico, tende a adotar a noção de 'poder sobre' para lidar com as questões de saúde de comunidades, admite-se a possibilidade de *empowerment* por meio desses programas (LABONTE, 1994a). Por exemplo, quando um profissional de saúde de um programa de reabilitação cardíaca reflete sobre o que pode ser feito para apoiar seus pacientes na superação de suas formas de opressão (de classe, gênero e cultural), entendendo-as como fatores condicionantes da cardiopatia e buscando resultados para além de adaptações morfofisiológicas, sua prática pauta-se pelo *empowerment* (LABONTE, 1994a).

Nesse caso, porém, fazemos ressalvas. Programas com tal abordagem, por si próprios, não 'empoderam', pois não conferem poder a ninguém (LABONTE, 1989). Ademais, o *empowerment* por meio de programas de viés comportamental, fundados na ideia de risco epidemiológico, em geral, restringe-se

ao nível individual. Portanto, é remota a possibilidade de que integrantes de programas com esse enfoque consigam ir além dos limites impostos pela abordagem quantitativa dos fenômenos. Ainda que os programas não se restrinjam à doença propriamente dita e a seus fatores de risco, e abarquem a reflexão crítica dos usuários sobre as formas de opressão por eles vividas, contribui-se, no máximo, para que as pessoas ampliem sua capacidade *para lutar* pelo poder.

Essa situação se agrava quando o cardápio de possibilidades para a construção coletiva de alternativas é bastante restrito. A apresentação de soluções individuais para problemas eminentemente coletivos serve, muitas vezes, para obscurecer a correlação de forças entre as diferentes classes sociais e para desviar a atenção de questões essenciais à reversão do quadro brasileiro de desigualdade social. A defesa da mudança de estilos de vida, que explicam apenas em parte o surgimento de doenças (SYME e BERKMAN, 1976), é uma das formas mais corriqueiras de culpabilização da vítima. Do mesmo modo, entender o *empowerment* como provisão de informações ou limitá-lo ao nível comportamental significa, a nosso ver, torná-lo inócuo para qualquer forma de transformação social.

Como vimos, o *empowerment*, uma das ideias centrais da Promoção da Saúde, é um conceito complexo e que pode assumir diferentes roupagens. Em abordagens conservadoras de Promoção da Saúde, o *empowerment* é tratado essencialmente como transferência externa e altruísta de poder em nome do bem comum. Destacam-se, portanto, as estratégias que buscam concertar o consenso entre distintos grupos e classes sociais. Nesse sentido, a transferência de

poder, quando ocorre, é calculada de modo a não extrapolar os limites que coloquem em xeque a supremacia dos sujeitos da ação, tomada como unidirecional. Via de regra, esse é o sentido conferido ao *empowerment*, por iniciativas de Promoção da Saúde de cunho conservador.

Embora raras, abordagens críticas de Promoção da Saúde tomam o *empowerment* como fenômeno essencialmente relacional; isso é, que só se manifesta no jogo dialético de tensões e conflitos de interesses entre sujeitos, grupos e classes sociais. O caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não podem ser feitas do exterior, de outro lugar, pois nada está isento de poder (MACHADO, 1979). Assumir esse caráter relacional do *empowerment* significa, portanto, aceitar sua interdependência com a noção de *participação*, sem a qual não há transformação social. Quando não tratadas com criticidade, a complexidade e multidimensionalidade do *empowerment* levam a uma ambiguidade da qual se aproveitam, intencionalmente, atores e instituições que não têm compromisso com práticas sociais transformadoras.

Empowerment e o discurso da vida ativa: o caso do Agita São Paulo

Dada a dubiedade do conceito de *empowerment* e, por extensão, da Promoção da Saúde, a ponto de ser vista como um ideário que pode 'significar tudo para todos' (CAPLAN, 1993), muitas iniciativas no campo sanitário nela vêm se abrigando, principal-

mente, em função do contínuo e crescente processo de visibilidade desse ideário como referência para a formulação e o desenvolvimento de políticas de saúde no Estado brasileiro (FERREIRA, 2008).

Lançado em dezembro de 1996, sob os auspícios financeiros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e com a assessoria técnico-científica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), entidade civil sem fins lucrativos, o "Agita São Paulo" é um programa de promoção da vida ativa que vem sendo citado por algumas instituições oficiais do campo da saúde como iniciativa exemplar de Promoção da Saúde (OPAS, 2002; WHO, 2003; SOUZA e GRUNDY, 2004; WHO/CDC, 2004).

No entanto, uma análise mais meticulosa do Agita São Paulo mostra sua frágil relação com os pressupostos da Promoção da Saúde. De fato, o programa vem se valendo de termos que, à primeira vista, parecem estar vinculados ao ideário da Promoção da Saúde ou ao SUS – cujos princípios de universalidade, descentralização e participação social, pelo menos do ponto de vista legal e normativo, são semelhantes aos da Promoção da Saúde (CARVALHO et al., 2004; CASTRO e MALO, 2006; MORAIS NETO et al., 2006). Todavia, os termos identificados no discurso do Agita São Paulo – entre eles *empowerment* ou empoderamento – pouco, mal ou nada expressam o(s) significado(s) a eles atribuídos pela perspectiva histórica da Promoção da Saúde; na melhor das hipóteses, alinham o programa às abordagens mais conservadoras desse ideário.

Longe das discussões teóricas que o conceito de *empowerment* enseja, o Agita São Paulo prefere

tratá-lo como estratégia oportuna para disseminação das suas ações e do seu conceito central a todos os seus parceiros, sem que cada um deles tenha que criar um "outro" programa e uma nova agenda; uma forma de unificar e fortalecer a bandeira em torno de uma causa, "*respeitando os valores e tradições de cada instituição*" (MATSUDO e MATSUDO, 2006, p.53). Na prática, porém, trata-se de uma maneira eficiente de levar adiante a lógica do Agita São Paulo. Se isso pode ser considerado *empowerment*, então se alinha à abordagem mais conservadora, já que, na prática, promove um 'empoderamento' do Agita São Paulo em relação aos demais programas que a ele se vinculam. Portanto, a relação que predomina é a de 'poder sobre'.

Outro bom exemplo pode ser extraído da apresentação intitulada 'Promoção da Atividade Física: de um programa local a uma proposta global', feita pelo coordenador geral do Agita São Paulo, Victor Matsudo, em uma das mesas-redondas do 'XXIX Simpósio Internacional de Ciências do Esporte', realizada em outubro de 2006:

> E agora nós 'tamos' chegando ao poder do indivíduo e de grupos. E acho que tem muito a ver com essa cara do Simpósio [palavra incompreensível] **esse negócio de então empoderar pessoas e grupos** e acho que foi isso muito do trabalho do nosso... do CELAFISCS nesses anos com a ajuda de todos vocês ou boa parte de vocês que estão no auditório" (Matsudo, 2006, de 11'32" a 11'49"). [...] Se nós tivermos possibilidade de [pequeno trecho incompreensível], mas se você puder fazer algo sem instrumentalização, **você tá empoderando pessoas e até cachorros** [grifos nossos] (MATSUDO, 2006, de 12'23" a 12'33").

Ilustrando a parte final da fala de Matsudo (de 12'23" a 12'33"), via-se, no lado esquerdo do *slide*, uma mulher realizando exercício físico numa academia (sob o título '*Fitness*') e, no direito, uma outra, caminhando com seu cachorro (sob o título 'Atividade Física').

A análise da breve e despretensiosa alusão ao *empowerment* feita por Matsudo revela sua vacilação ao abordar o tema e sua adesão à versão mais conservadora do conceito. O poder de indivíduos e grupos, que se manifestaria na capacidade de praticar atividades físicas, sem a dependência de aparelhos ou equipamentos para tal, é visto como algo que é concedido por outrem: "*[...] se você puder fazer algo sem instrumentalização*, **você tá empoderando pessoas e até cachorros"** *[grifo nosso]* (Matsudo, 2006, de 12'23" a 12'33"). No fim, porém, uma questão persiste: o que seria 'empoderar' cachorros?!... Confusão e imprecisão conceituais marcam a tentativa de o CELAFISCS/Agita São Paulo aproximar-se do ideário da Promoção da Saúde.

Participação social, noção que caminha de braços dados com a perspectiva crítica de *empowerment*, também aparece confusa no discurso do Agita São Paulo. Visando "*aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativo*" e "*incrementar o nível de atividade física da população do Estado de São Paulo*" (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998, p.14), o Agita São Paulo advoga que "**todo cidadão deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana** *(se possível todos)*, **de intensidade moderada** *(ou leve)*,

realizada de forma contínua ou acumulada [grifos no original]" (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p.31).

Como o Agita São Paulo chega a essa prescrição? Como ela nasce? A partir da identificação do sedentarismo como um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis, a mudança individual de comportamento – ou seja, de estilos de vida – é tomada como foco prioritário das políticas públicas de saúde. A prescrição cerne do discurso do "agito" não nasceu de reivindicações da população, a partir da identificação de seus principais problemas de saúde; não se originou do esforço do Agita São Paulo de, numa relação de 'poder com' a população, para fazer emergir a reflexão crítica sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais, culturais e políticos das práticas corporais. Não houve diálogo do Agita São Paulo com a população, pelo menos, não nessa perspectiva.

As ações do Agita São Paulo não têm levado os indivíduos à reflexão. Os "*30 minutos de atividade física*", constantemente martelados nas cabeças alheias, assumiram um estatuto prescritivo. A abordagem do Agita São Paulo é 'de cima para baixo'. O que predomina é uma relação de 'poder sobre' os indivíduos. Todos podem e devem "participar" das atividades do programa (principalmente dos mega-eventos), desde que "se aproximem" de sua argumentação central: "*atividade física é saúde: acumule pelo menos 30 minutos por dia*" (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002). Observem a estrutura do Agita São Paulo (**Figura 1**) e reparem o sentido das setas: todas de cima para baixo. Onde entraria, então, a participação popular nas ações do programa,

senão movendo seus corpos nos mega-eventos por ele promovidos?

Figura 1 – Organograma do Programa Agita São Paulo (Adaptado de Governo do Estado de São Paulo/Celafiscs, 2002, p. 21).

Pode-se argumentar, entretanto, que a existência de setas descendentes na estrutura do programa seria insuficiente para fundamentar o argumento de que o Agita São Paulo exerce uma relação de 'poder sobre' os destinatários de suas ações. De fato, o é. Então, vamos adiante. 'Cidadania ativa', expressão recorrente nos materiais produzidos pelo Agita São Paulo, que poderia sugerir alguma forma de mobilização e participação social, teve seu conceito corrompido, ao ser equiparada (e banalizada) ao ato de mexer o corpo como forma de 'acumular' saúde:

> [o] nome Agita [...] é uma palavra especial que representa não só mexer o corpo para a saúde física, mas também para a mental e social, **ou seja, cidadania ativa!** (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p.20).
> **Para levar ações de cidadania ativa** a toda a população, **o CELAFISCS e seus parceiros agitam em toda a comunidade** [grifos nossos] (AGITA SÃO PAULO, 2006, de 3'44" a 4'29").

Ora, se o "agito" é a alma do Agita São Paulo, não é de surpreender que 'cidadania ativa' seja tomada como sinônimo do programa: "*O CELAFISCS* [...] *desenvolve um programa de estímulo à prática da atividade física:* **é a cidadania ativa** [grifo nosso]" (Agita São Paulo, 2006, de 52" a 1'30").

Então, tornamos a perguntar: onde está a participação social nas ações do Agita São Paulo? Ainda que o programa possua um Comitê Executivo (Colegiado), composto por representantes de instituições governamentais, não governamentais e empresas privadas, que se reúne uma vez por mês para programar as ações do Agita São Paulo (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002), insistimos que a participação desses representantes é acessória e não serve para alterar a lógica biomédica, culpabilizante e individualizante imposta pela coordenação do programa. Há vários indícios que justificam nosso argumento:

> **Para levar ações** de cidadania ativa a toda a população, o CELAFISCS e seus parceiros agitam em toda a comunidade, mas escolheram três públicos específicos para enfatizar as ações: o escolar, o trabalhador e o idoso. O programa Agita conta com

> mais de 350 parceiros e centenas de colaboradores **para cumprir um calendário anual de eventos**, com a formação de um colegiado composto por diferentes representações governamentais e não governamentais, que se reúnem mensalmente **para compartilhar experiências bem sucedidas e compactuar metas e ações comuns** [grifos nossos] (AGITA SÃO PAULO, 2006, 3'44" a 4'29").

Reparem que o CELAFISCS, do mais alto posto hierárquico da estrutura do programa (Figura 1), leva "*ações de cidadania ativa*" (ou seja, o "agito") para toda a população, confirmando, portanto, que de lá só partem setas, não chegam. Observem aí, mais uma vez, a noção de 'poder sobre'. Observem, ainda, que o programa conta com seus parceiros "*para cumprir um calendário anual de eventos*", "*para compartilhar experiências bem sucedidas e compactuar metas e ações comuns*". Ora, os parceiros atuam apenas cumprindo calendário, compartilhando experiências e compactuando metas e ações comuns? Não refletem criticamente sobre as ações do programa, chegando ao ponto de propor novos encaminhamentos, diretrizes e estratégias? Difícil, pois, para chegar à condição de parceiros e de integrantes do Colegiado, têm que assinar uma carta de formalização de parceria com o Agita São Paulo na qual,

> [a] instituição signatária, pelo seu representante legal, concorda que, através do Programa **AGITA SÃO PAULO "30 minutos que fazem a diferença"**, *procurará* aumentar o nível de atividade física da população do Estado de São Paulo, incentivando a [sic.] um *estilo de vida ativo*, que propicie a promoção da saúde física, mental e social, como um instrumento

> poderoso para melhora da qualidade de vida. O Programa **AGITA SÃO PAULO** *é coordenado* pela Secretaria do Estado de Saúde, com a assessoria técnico-científica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, com a sustentação de um **Colegiado** de **Instituições Governamentais e Não-Governamentais**; e ainda um **Grupo de Assessores Nacionais e do Exterior**.
> O Programa **AGITA SÃO PAULO** *desenvolverá* ações de conscientização dos benefícios de um *estilo de vida ativo* (**Fase de Sensibilização**) e de prática concreta de atividade física (**Fase Ativa**); dedicando especial atenção à Criança (**Escolar**), ao **Trabalhador** e aos **Idosos** [grifos em negrito, no original; em itálico, grifos nossos] (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998, p.41).

Reparem que na carta-compromisso, os verbos que se referem às ações do programa são empregados no 'futuro do presente', único tempo verbal "*que situa uma ação ou um estado em momento posterior àquele em que se fala*" (HOUAISS, 2001, p.1409), sem referenciar as condições, característica dos tempos verbais do 'futuro do pretérito' e do 'futuro do subjuntivo'. Já a referência à coordenação do programa é feita no presente – "*tempo verbal que indica que a ação decorre simultaneamente com o ato da fala*" (HOUAISS, 2001, p.2291) – e vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e ao CELAFISCS.

A análise sintática apenas reforça o que temos afirmado: a coordenação do programa define previamente estratégias e atividades e os parceiros as cumprem; ou, na melhor das hipóteses, discutem outras formas de cumpri-las. Alterá-las não está em co-

gitação. Assim, o tiro de misericórdia na participação social é dado já na adesão ao programa Agita São Paulo, quando as instituições concordam em seguir as diretrizes traçadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo CELAFISCS; isso é, quando aceitam promover *estilos de vida ativos*, por meio da difusão da mensagem dos 30 minutos.

Trata-se, portanto, de uma 'participação' imposta de 'cima para baixo' que não serve para outra coisa senão legitimar e divulgar a lógica do Agita São Paulo para outras freguesias. Além, é claro, de preservar o Estado que, na figura da Secretaria de Saúde de São Paulo, é o maior sócio e financiador do programa.

Considerações finais

Como vimos, o fato de a Promoção da Saúde poder 'significar tudo para todos', a ponto de servir tanto a proposições comprometidas com o *status quo*, quanto a projetos socialmente transformadores (embora seja rara essa última perspectiva), é resultado da dubiedade com que suas ideias-chave são tomadas como referência para ações no campo da saúde. O *empowerment*, obviamente, não foge a essa regra. Tanto pode ser visto como a transferência externa de poder dos que mais para os que menos o detêm, como a disputa pelo poder, fenômeno essencialmente relacional, que só se manifesta no jogo dinâmico de tensões e conflitos de interesses entre sujeitos, grupos e classes sociais.

Assim, a multiplicidade de abordagens para o

empowerment tem se configurado como terreno fértil para que dele se sirvam como forma de controle social e de manutenção do *status quo*. De fato, esse tem sido o enfoque de iniciativas de promoção da vida ativa que vêm se abrigando no ideário da Promoção da Saúde, aqui representadas pelo programa Agita São Paulo. O conservadorismo desse programa se explicita de várias formas, seja por vincular-se à noção de 'poder sobre', seja por entender *empowerment* como algo que é concedido por outrem, ou como uma forma de parceria que, alheia a questionamentos e à participação social, visa à disseminação de sua lógica para todas as freguesias. Essa é uma das formas pelas quais o Agita São Paulo vem se disfarçando de iniciativa afinada ao SUS e se perpetuando no poder público, como principal iniciativa de promoção da vida ativa.

Referências

BRAITHWAITE, R. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 3, p. 281-294, 1994.

CAPLAN, R. The Importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promotion International*, v. 8, n. 2, p. 147-157, 1993.

CARVALHO, A.I.; BODSTEIN, R.C.; HARTZ, Z.; MATIDA, A.H. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004a.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004b.

CASTRO, A.; MALO, M. Apresentação. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

FERREIRA, M.S. *Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2008.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Educação. Secretaria de Estado da Saúde. *Agita São Paulo*. São Paulo: Flagra Produções/Celafiscs, 2006. 1 DVD (10 min e 58 seg), son., color.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. CELAFISCS. *Programa Agita São Paulo*. São Paulo: Celafiscs, 1998.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. CELAFISCS. *Isto é Agita São Paulo*. São Paulo: Celafiscs, 2002.

GRACE, V. The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: a critique of health promotion. *International Journal of Health Services*, v. 21, n. 2, p. 329-343, 1991.

HOUAISS, A. *Dicionário inglês-português*. Rio de Janeiro: Record, 1982.

HOUAISS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 2, p. 253-268, 1994a.

LABONTE, R. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 3, p. 281-294, 1994b.

LABONTE, R. Community empowerment: the need for political analysis. *Canadian Journal of Public Health*, v. 80, p. 87-91, 1989.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 32-38, 2004.

MAcDONALD, T.H. *Rethinking health promotion: a global approach*. London: Routledge, 1998.

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. vii-xxiii.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R. Coalitions and networks: facilitating global physical activity promotion. *Promotion & Education*, v. 13, n. 2, p. 50-55, 2006.

MATSUDO, V. Promoção da atividade física: de um programa local a uma proposta global. In: *Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*. XXIX. São Paulo: Multimídia Produções, 2006. 1 DVD (32 min e 26 seg), son., color.

MATSUDO, V.; MATSUDO, S.; ANDRADE, D.; ARAÚJO, T.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, v. 5, n. 1, p. 253-261, 2002.

MORAIS NETO, O.L.; CASTRO, A.; GOSCH, C.S. Política Nacional de Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2005, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NUTBEAM, D. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.

OPAS. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. *Relatório do Brasil: resultados em promoção da saúde com respeito aos compromissos da declaração do México*. [2002]. Disponível em: http://www.paho.org/Portuguese/hpp/InfBrazil.pdf. Acesso em 24 abr. 2006.

RAPPAPORT, J. The power of empowerment language. *Social Policy*, v. 16, n. 2, p. 15-21, 1985.

RAPPAPORT, J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, v. 9, n. 1, p. 1-25, 1981.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, v. 9, n. 1, p. 39-47, 1994.

ROBERTSON, A.; MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p.295-312, 1994.

SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, v. 21, n. 1, p. 109-130, 2006.

SIMPSON, K.; FREEMAN, R. Critical Health Promotion and Education: a new research challenge. *Health Education Research*, *Theory and Practice*, v. 19, n. 3, p. 340-348, 2004.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: interrelações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

STEVENSON, H.M.; BURKE, M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Canadian Journal of Public Health*, v. 83, suppl. 1, p. S47-S53, 1992.

STOTZ, E.N., ARAÚJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

SYME, L.; BERKMAN, L.F. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, v. 104, n. 1, p. 1-8, 1976.

TONES, K. Health Education and the ideology of health promotion: a review of alternative approaches. *Health Education Research, Theory and Practice*, v. 1, n. 1, p. 3-12, 1986.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 2, p. 141-148, 1994.

WHO. *Health and development through physical activity and sport*. Geneva: WHO, 2003.

WHO. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers*. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO, 1998a.

WHO. *Health promotion – fifty-first world health assembly* (WHA51.12). Geneva: WHO, 1998b.

WHO. *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Sixth International Conference on Health Promotion. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em: http://www.afro.who.int/healthpromotion/bangkok_charter_health_promotion.pdf. Acesso em: 03 out. 2006.

WHO. *Ottawa Charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion. Document WHO/HPR/HEP/95.1. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp. pdf>. Acesso: 18 ago. 2006.

WHO. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Third International Conference on Health Promotion. Document WHO/HPR/HEP/95.3. Sundsvall: WHO, 1991. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf. Acesso em: 18 ago 2006.

WHO. Center of Diseases C. *CDC/WHO Partners Meeting: implementation of WHO physical activity strategy*. Miami: WHO/CDC, 2004. Disponível em: http://www.who.int/moveforhealth/publications/pah_WHOMiamiReport_FINAL.pdf. Acesso em: 28 mar 2006.

QUANDO OS ESTILOS DE VIDA SE TORNAM ESTILOS DE RISCO

Luciana Vieira Caliman[1]

Quando percorremos as pesquisas foucaultianas realizadas durante a década de 1970, nas quais duas genealogias do biopoder foram esboçadas[2], percebemos que as análises do autor visam, prioritariamente, à constituição do sujeito moderno e às relações de poder que o atravessavam.

As genealogias produzidas nessa fase nos conduzem à análise instigante de domínios de saber-poder que, conectados e interligados pelo mosaico das políticas sobre a vida, possuem suas especificidades e histórias próprias. São genealogias que remontam, principalmente, aos séculos XVIII e XIX, e que abarcam os campos da psiquiatria, da justiça, da medicina, da constituição da família burguesa, da sexualidade, do sistema punitivo, do racismo, do pensamento político e da constituição do Estado Moderno – tudo isso para falar do sujeito moderno.

Por assim ser, alguns autores consideram que nos escritos de Foucault dos anos 70, poucos são os elementos que falam da constituição do sujeito contemporâneo e do biopoder atual. Em relação aos

---

[1] E-mail: calimanluciana@gmail.com.

[2] Desenvolvi uma análise das genealogias do biopoder foucaultiano, em minha dissertação de mestrado intitulada "*Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault*" (Caliman, 2002).

seus últimos trabalhos da década seguinte, argumenta-se que o autor não estava interessado na análise das relações de poder que participam da constituição do sujeito contemporâneo e sim nas possibilidades éticas e livres que marcam esse sujeito. Nesse sentido, as ferramentas analíticas sobre o biopoder, oferecidas por Foucault, são vistas como ultrapassadas, quando se trata de pensar nas relações estabelecidas entre o corpo, o poder, a subjetividade e a vida nas sociedades atuais. Para aqueles que analisam o trabalho de Foucault desse modo, o interesse pelos estudos do biopoder é meramente histórico.

Por certo, Michel Foucault não tinha o objetivo de construir uma teoria a-histórica do poder, aplicável a todas as relações de força existentes em uma sociedade, em diferentes sociedades, em momentos cronológicos distintos. Nada seria mais anti-foucaultiano! Contrariamente, conforme afirmação do próprio autor (FOUCAULT, 1995, 1999, 2000), não existe em seu trabalho uma teoria geral do poder e seu objetivo não era erigi-la.

No entanto, entendo que ao situar a obra de Foucault entre os trabalhos históricos que não visam ao presente, negligenciaríamos uma das principais atitudes politico-teóricas de sua obra. Em seus ditos e escritos, Foucault lembrava que, em sua obra, o retorno ao passado continha, sobretudo, um interesse pela análise do presente. Em diversos textos e entrevistas, o autor deixou explícito que seu intuito era construir um pensamento sobre (e para) a atualidade – acerca do passado que ainda nos constitui ou sobre o passado que, por ser diferente, exige de nós um outro olhar sobre o presente.

Portanto, nas genealogias foucaultianas do biopoder, encontramos antigos dispositivos que não mais atuam em nosso presente. Contudo, também vemos esboçadas relações de saber-poder reforçadas e intensificadas no mundo contemporâneo. Foucault anteviu que alguns aspectos-chave do biopoder moderno seriam perpetuados e exacerbados nas sociedades atuais. É nesse sentido que, incorporando tal afirmação do autor, acredito que revisitar suas pesquisas históricas sobre o biopoder encontra importância principal na necessidade política de entendimento e transformação de parte da atualidade que nos constitui.

Nas páginas seguintes, resgatarei alguns elementos do biopoder na obra de Foucault, com o objetivo de identificar suas limitações e possíveis utilizações na análise do biopoder e da subjetividade contemporânea. Para tanto, é preciso ter em mente algumas *precauções* sinalizadas pelo próprio autor. Envolvido no trabalho analítico de pensar o poder, Foucault (1995) fornecia algumas atitudes-chave ou "necessidades conceituais" que a análise constante dos problemas tratados exigia, segundo ele próprio e, a meu ver, ainda requer.

A primeira precaução fala da necessidade de constituição de uma *consciência histórica da situação presente*. Trata-se de compreender o novo e o velho que se misturam na constituição das subjetividades de nossos tempos. Ao complementar essa primeira necessidade, o autor fala de um segundo aspecto a ser verificado: *o tipo de realidade com a qual estamos lidando*. Enfatizando que o exercício do biopoder fez parte da constituição do sujeito moderno e da reali-

dade econômica, política e social que o tornou possível, Foucault argumentava que a análise do poder é importante porque ela nos revela a viscosidade da vida engendrada em suas relações.

Conforme as duas orientações comentadas no parágrafo anterior, analisarei adiante alguns aspectos que transformam o exercício do biopoder na atualidade e as características dos espaços subjetivos que passam a ser constituídos no novo cenário. Dentre eles, destaco a redefinição tecnocientífica da noção de vida e sua despolitização e, também, a constituição das identidades somáticas. Por fim, darei foco especial à análise da expansão do pensamento e das tecnologias da gestão do risco na área da saúde, em um momento no qual *os estilos de vida se tornaram estilos de risco*.

(Des)Politizações da vida

A discussão sobre o que marca a constituição do sujeito moderno e do sujeito pós-moderno encontra-se no centro de uma querela sociológica, filosófica, econômica e política, que não se pretende finalizada. A tentativa de traçar o que permanece inalterado, o que se intensifica e o que se modifica, na passagem de um período histórico para outro, dificilmente encontra consensos. Portanto, não é objetivo deste texto enquadrar rigidamente os elementos que caracterizam as configurações subjetivas "moderna e pós-moderna". Acredito que a construção de esquemas ideais e totais para caracterizá-las tem apenas empobrecido a pluralidade e a riqueza de

seus processos constitutivos. No entanto, por vezes, certos elementos ganham maior visibilidade, tornando-se dominantes e mais atuantes que outros e, é seguindo algumas ferramentas foucaultianas e dando prosseguimento às suas análises, que busco examinar alguns dos aspectos que marcam as sociedades contemporâneas.

Em suas análises sobre o governo, o filósofo francês falava da intensificação das lutas em torno da subjetividade na atualidade, lutas pelo governo dos outros e pelo governo de si, que ocasionaríam transformações significativas, tanto nas relações de poder como nas ações resistentes implicadas em seu exercício. Para o autor, nessas transformações, novos valores, sentimentos, prazeres e corpos seríam constituídos, incitados e induzidos, com a criação e valorização de outros imperativos de conduta e modelos de pensamento. Penso que, nas sociedades atuais, encontramos em afirmação um imaginário fortalecedor, sobretudo, da ciência hegemônica como discurso totalizante e ressignificador da existência humana.

No ápice das novas relações de saber-poder, a *vida* – anteriormente sentida e pensada, enquanto fato primeiro ou fundamento irredutível às possibilidades humanas de intervenção e de descrição – encontra-se agora no centro da objetificação tecnocientífica. Assistimos à irrupção de uma conjuntura científica, biotecnológica e política que tem redefinido a vida em seu caráter mais específico. Nas agendas das decisões políticas mais importantes, vemos desenvolver-se um forte debate em torno das possibilidades e condições dessa redefinição.

Instâncias de acompanhamento das novas práticas médicas foram oficialmente criadas, propiciando a expansão de uma nova normalização da medicina, através dos comitês de bioética. Corrêa (1997) explicita que, em tais espaços, os debates éticos sobre a vida, que se diferenciavam das discussões técnicas e práticas foram, em sua maioria, dissolvidos e engolfados pelo discurso médico-tecnicista predominantemente: "*As decisões sobre a vida humana com pretensão à universalidade não resultariam mais de uma confrontação política de interesses, mas de uma avaliação equilibrada de saberes e disciplinas*" (CORRÊA, 1997, p. 254). Nesse bojo, a própria definição do que se constitui como matéria ética passa a ser objetivada pelo *expert* e especialista da vida.

Ao constituir o cerne de uma biopolítica que, por tomar a vida como alvo, traz como consequência central a despolitização da própria vida, os comitês de bioética reforçam a retirada de cena das pessoas capazes de decidir sobre suas escolhas, abrindo espaço para a formulação de normas e comportamentos condensados em torno da categoria de vida. Em todo esse processo, a noção de vida vem sendo historicamente revestida de um sentido unicamente biológico e médico, bioquímico ou genético, produzindo uma nova forma de essencialismo altamente tecnologizado.

Nas palavras de Corrêa (1997), as novas formas de medicina biogenética representam um aprofundamento da vontade biopolítica de saber-poder, direcionada para os processos biológicos e corporais. Vivenciamos a proliferação de um poder sobre a vida

que se expande de forma extraordinária e com contornos que, há bem pouco tempo, eram passíveis de imaginação somente nas ficções científicas das grandes produções cinemetográficas.

Para Rabinow (1999), nessa nova conjuntura, os dois polos do biopoder, esboçados por Foucault, corpo e população, estariam sendo rearticulados naquilo que o autor chama de uma "racionalidade pós-disciplinar", na qual um finito-ilimitado, circunscrito pelas inúmeras combinações do DNA, possibilita a criação de seres que não possuem nem uma forma aperfeiçoada, nem uma opacidade essencial. Para o autor, nas práticas da biogenética recente, encontramos traços dos saberes e poderes de um biopoder que é, sobretudo, pós-disciplinar.

Rabinow alerta que "a nova genética deverá remodelar a sociedade e a vida com uma força infinitamente maior do que a revolução na física jamais teve" (RABINOW, 1999, p. 143). Para o autor, se os projetos eugênicos anteriores foram projetos sociais moldados por metáforas biológicas, a nova genética possibilita que a natureza se torne, ela mesma, artificial, modelada pela cultura enquanto prática, conhecida e recriada através da técnica. As práticas pós-disciplinares passam a coexistir com tecnologias disciplinares, ao mesmo tempo em que classificações pós-sociobiológicas colonizam os contextos culturais mais antigos. É nesse sentido que o monitoramento e a análise dessa nova configuração se impõem como as tarefas políticas mais importantes da atualidade.

Subjetividades somáticas

Muitos aspectos podem ser destacados, quando confrontamos os elementos que marcaram a subjetividade moderna com aqueles que delimitam a subjetividade atual. Dentre eles, situamos a importância crucial da vida íntima e da sexualidade no mundo moderno e, de certo modo, o declínio (ou a transformação) dessa importância nas sociedades somáticas atuais. Ao estudar as relações entre sexualidade, verdade e poder no ocidente cristão, Foucault destacava os laços intrínsecos estabelecidos entre a ética sexual cristã e a constituição de uma hermenêutica do desejo e da intimidade, que teve seus primórdios no pensamento de Santo Agostinho, ainda nos séculos IV e V depois de Cristo. E sabemos que, em grande parte da genealogia do biopoder, Foucault dedicou-se à análise da história da sexualidade, em seus aspectos individuais e coletivos.

Em um texto conjunto de Michel Foucault e Richard Sennet (1988), vemos mais claramente, como a sexualidade e o sexo se tornaram os elementos mais importantes para a definição e o conhecimento de si, nas sociedades ocidentais. O objetivo dos autores era analisar as relações estabelecidas entre consciência de si, subjetividade e sexualidade. No referido trabalho, Foucault esboçou como se deu a constituição de tais relações no ocidente cristão do século III até o século IV.

Sennet ocupou-se do final do século XVIII e XIX. Para ambos, no percurso histórico analisado, assistimos ao deslocamento de uma ênfase na sexualidade centrada em seu aspecto relacional, social e

político, para uma sexualidade focada no desejo e na intimidade de cada indivíduo, vivida especialmente em seus momentos de solidão e isolamento. O desejo sexual passava a ser cada vez mais encerrado no privado. A partir de então, estavam lançados os alicerces necessários para a constituição de uma hermenêutica do desejo e da intimidade, que passava a dizer a verdade sobre a totalidade da personalidade individual.

No complexo quadro que possibilita a constituição do *homo psychologicus* e a afirmação do individualismo como valor fundamental das sociedades ocidentais capitalistas, Bezerra (2002) destaca o encontro de ao menos três elementos: a tradição filosófica ocidental que se dedicou ao estudo da natureza dos estados da alma e às causas do sofrimento humano; o universo da arte que, num movimento progressivo, ajudou a modelar a prática da introspecção nas subjetividades modernas; e o surgimento da clínica moderna, tão bem tematizado por Foucault no livro *O nascimento da clínica*. Unida a esses fatores e a eles intimamente relacionada, toda a rede de relações de poder, de um biopoder com suas tecnologias e dispositivos modernos, pode ser evocada na constituição do que caracterizava a subjetividade afirmada nas malhas da modernidade.

Particularmente, o que me interessa no argumento do autor é a afirmação de que o quadro subjetivo constituído na confluência desses elementos estaria passando por inúmeras transformações nas sociedades ocidentais contemporâneas. Nas subjetividades atuais, presenciamos um novo deslocamento, no qual a sexualidade e a intimidade, como elementos

centrais na constituição dos espaços subjetivos modernos, dão lugar a novas formas de conhecimento, constituição e domínio de si. Na atualidade, o corpo e a aparência surgem como valores centrais que passam a nortear e gerir as experiências subjetivas.

A partir de então, o indivíduo *é* o que *aparenta* ser, podendo-se falar de um processo de "somatização da subjetividade" no qual a distinção entre corpo e *self*, aparência e essência não encontram mais sentido. No lugar de uma *interiorização* subjetiva, assistimos à constituição de valores e princípios *externalistas* que direcionam a constituição das novas subjetividades, "*novas formas de construção identitária – bioidentidades – são fabricadas tendo como base não um repertório de sentimentos, crenças ou filiação a horizontes supra-individuais, mas em função de itens ligados à natureza do organismo individual*" (BEZERRA, 2002, p. 4).

Essas mudanças apontam para transformações fundamentais nos aspectos que marcam a análise foucaultiana do poder sobre a vida. Além disso, relembrando as outras características do biopoder enfatizadas por Foucault, atualmente seria, no mínimo irrisório, falar de uma ascensão da classe burguesa, da consolidação do Estado-nação ou da permanência do que, no século XIX, se constituiu como racismo de Estado. Em relação ao papel que a família burguesa assumiu na constituição do biopoder moderno, presenciamos, na atualidade um processo de desintegração e rearticulação da família como instituição social e econômica privilegiada na atuação dos dispositivos biopolíticos. A ideologia familialista migra e se expande dos muros estritos da casa para todo

imaginário social, econômico e político (ORTEGA, 2002). Encontramos, também, nesse deslocamento um novo elemento característico do poder sobre a vida contemporânea.

Gestão dos riscos

Para Bauman (1998), todas as transformações comentadas nos tópicos anteriores fazem parte de uma mudança ética, política, econômica e social extremamente ampla e complexa, pois,

> [S]e há 200 anos profundas mudanças nos padrões sexuais associaram-se à construção do sistema panóptico de integração e controle social, hoje, mudanças igualmente profundas acompanham a dissimulação desse sistema: um processo de desregulamentação e privatização do controle, da organização do espaço e dos problemas da identidade (BAUMAN, 1998, p. 183).

O autor chama nossa atenção para os efeitos da *desregulamentação* e *privatização* progressiva das redes de seguro e proteção, outrora proporcionadas pelo Estado. Foucault sinaliza o início dessas transformações em algumas pesquisas sobre o governo. Uma das questões destacadas pelo autor fala das relações entre *segurança* e *liberdade*, estabelecidas no interior do biopoder e das subjetividades modernas; de acordo com Foucault, relações mutantes, mas sempre interligadas e mesmo dependentes. Na configuração que se fortalece na assim chamada *pós-modernidade*, um outro pacto é estabelecido entre as necessidades de segurança e de liberdade, uma nova relação que

passa a ser caracterizada por uma crescente vontade de liberdade associada a uma vivência incerta, incontrolável e assustadora do mundo.

O sentimento de incerteza também caracterizava a constituição de uma modernidade atordoada pelo desequilíbrio e pela desestruturação dos valores tradicionais. No entanto, o aspecto novo é que, nas sociedades atuais, a incerteza deixa de ser vista como um inconveniente temporário, para ser sentida como permanente e irredutível. O sentimento dominante é a sensação de um novo tipo de incerteza, não apenas limitada às (in)capacidades de uma pessoa, mas, igualmente, a respeito da futura configuração do mundo e da maneira correta de nele viver.

De acordo com as investigações de Foucault, a necessidade de ordem e de segurança moderna criou uma "mania de regulação", alimentada pelos diversos aparelhos de proteção públicos e privados. Nas sociedades vigentes, a tentativa de banir toda possibilidade de risco (virtual ou provável), inspirada pelo cálculo das estatísticas de probabilidade, tornou-se ainda mais potente. Presenciamos a expansão, por toda a sociedade, do ideal de prevenção que rege o sonho do absoluto controle dos acidentes e o mito da razão calculada. O risco se encontra em tudo o que o indivíduo ainda não aprendeu a controlar. Ao mesmo tempo, vê-se a proliferação estarrecedora das tecnologias de seguro privadas, como um dos mais rentáveis nichos mercadológicos num momento em que quase todas as coisas são colocadas como fatores de risco e todas as pessoas como, potencialmente, indivíduos em risco.

Nessa nova configuração, grande parte dos mal-estares que perturbam o mundo ocidental provém

de uma espécie de liberdade de procura do prazer, que tolera uma segurança individual pequena demais (BAUMAN, 1998). É a partir de tal quadro que ganha sentido a pandemia das ideias obsessivas referentes à ocorrência de riscos e agravos, sejam eles vistos em termos ambientais ou particularizados na ideia de *estilo de vida*.

Dando continuidade às pesquisas foucaultianas sobre o governo e enfatizando a importância que o cálculo do risco veio adquirindo nos últimos anos do século XX, Robert Castel (1987, 1991) fala de uma nova *gestão dos riscos*. Uma gestão na qual o exame da prevenção e do risco está cada vez mais conectado à nova racionalidade de governo das sociedades contemporâneas. Como Foucault sinalizava, alimentamos uma racionalidade neoliberal que passa a reativar a ênfase no mercado enquanto regulador das atividades econômicas,o crescimento da descrença sobre a capacidade dos governos políticos e o deslocamento de uma "dependência de bem-estar" para uma comercialidade ativa.

Castel (1987, 1991) demonstra como o novo regime de ações combinadas na prevenção do risco é capaz de se estender fora e dentro das estruturas de intervenção estatal. Em sua forma mais específica, tal regime constitui-se como uma nova tecnologia de gestão administrativa das populações. Um governo real das populações torna-se possível com a identificação dos membros da sociedade que podem ser julgados, através da manifestação de uma combinação de fatores específicos, como significativamente em risco para si e para toda a comunidade. Um outro tipo de controle e vigilância se constrói nessa relação,

uma vigilância que não depende necessariamente do olhar particularizado do especialista. As técnicas clássicas de gerenciamento do desviante ou do a-social, através do encarceramento e da tutela desenvolvidas há 150 anos, passaram a ser substituídas por um gerenciamento baseado em uma orientação não custodial. É nesse sentido que podemos afirmar que a crise da disciplina anunciada por Foucault tomou forma na nova tecnologia de risco.

Para o mesmo autor, o gerenciamento dos riscos, na forma mais específica de sua aplicação, não foi inventado para planejar espaços de contenção neutralizante do anormal. No interior do jogo maior do mercado social, seu objetivo é promover circuitos especiais de *mobilidade protegida* para os indivíduos deficientes ou menos competitivos. O desenvolvimento das técnicas de seguro torna possível, no interior de uma população assegurada, a subdivisão de estratos específicos de "risco marginal". Castel afirma que essa marginalidade, ao ser identificada e classificada em termos de maior ou menor risco, ao invés de permanecer em um território inexplorado e perigoso, é transformada em uma zona organizada, ativa e reorientada no interior do mercado.

Novamente, faz-se necessário retornar a Foucault. O objetivo da nova racionalidade de governo que envolve a gestão dos riscos é menos o de anular sua marginalidade do que dispersá-la e dissipá-la, no seio de uma dada sociedade. Vê-se, portanto, a afirmação de um tipo de exercício do poder que não visa fazer dos indivíduos sujeitos passivos e dóceis. Como uma tecnologia de governo, de um "biogoverno", o cálculo do risco orienta indivíduos capazes

de certa mobilidade, ainda que diferencial (e mesmo para diferenciá-la), que possa ser guiada, limitada ou incitada, orientada e protegida, portanto conduzida e governada.

Na perspectiva de expandir tal discussão, alguns críticos têm destacado a proliferação e intensificação da *filosofia do risco* como característica central da atualidade. Autores como Donzelot (1991), Ewald (1991), Petersen (1997) e Castel (1987; 1991), ao analisarem as transformações no trabalho, no sistema de seguridade, nas políticas de promoção da saúde e na psiquiatria, respectivamente, apontam para a crescente importância que a noção tem recebido nos âmbitos examinados. Há difusão da *filosofia do risco* na saúde, nos *mass media* e no gerenciamento da vida pessoal ou coletiva. Nas palavras de Ewald,

> [A] tecnologia do risco, em suas diferentes dimensões epistemológicas, econômicas, morais, jurídicas e políticas, tornou-se o princípio de uma nova economia política e social. Os seguros tornaram-se sociais não somente porque novos tipos de risco tornaram-se passíveis de serem assegurados, mas porque as sociedades européias passaram a analisar seus problemas e a si mesmas nos termos de uma tecnologia de risco generalizada (EWALD, 1991, p. 210).

Com toda importância que tem assumido, o *conceito de risco* passou a ser analisado por pensadores como Beck (1997) e Giddens (1991). Apesar das diferenças teóricas entre os dois autores, ambos veem o clima e sentimento de risco, na cultura moderna tardia, como sendo o elemento chave para as análises da subjetividade e do eu num momento marcado

por incertezas e medos. Independentemente das motivações, o risco tem se tornado um parâmetro existencial fundamental da vida na modernidade reflexiva. O cáculo do risco transformou-se não apenas em uma técnica específica, presente em alguns espaços e campos de trabalho, mas no princípio que tem direcionado as escolhas e os itinerários de vida cotidiana.

No cenário assim descrito, presenciamos uma progressiva capitalização da existência humana como aspecto central da nova racionalidade de governo. A ideia da vida como *empreendimento de si* exige o exercício de um trabalho contínuo e permanente que torne possível sua provisão, preservação e reconstrução, enquanto a noção de indivíduo como *gestor de si* passa a ser fortalecida como premissa básica da vida contemporânea. Em suas escolhas pessoais, o indivíduo deve estar apto a adotar uma atitude prudente e calculada. Para Gordon (1991), está em curso a construção de um novo *ethos*, no qual a atitude prudente passa a ser intimamente entrelaçada à aptidão de cada sujeito para a *consciência de si* e para sua própria realização.

Não são poucas as alusões feitas à responsabilidade e obrigação que cada indivíduo possui na conquista permanente de sua qualidade de vida e do seu bem-estar. O culto à autonomia e à liberdade individual constituiu-se em valor central na pós-modernidade. Se esses foram elementos herdados da configuração moderna, impõem-se hoje como um tipo de *dever* que cada cidadão toma para si com fervores dignos de um credo religioso. Sabemos, no entanto, que a responsabilidade individual pela escolha e pela manutenção da vida e os meios necessários para tornar este

trabalho possível não são igualmente distribuídos. Daí a necessidade de criação de uma ação crítica e política que perceba que "*o dever da liberdade sem os recursos que permitem uma escolha verdadeiramente livre é, para muitos, uma receita para a vida sem dignidade, preenchida, em vez disso, com humilhação e autodepreciação*" (BAUMAN, 1998, p. 243).

A liberdade de escolha tem se tornado uma das principais variáveis estratificadoras da sociedade num momento em que, cada vez mais, os lugares sociais são determinados de acordo com o grau de liberdade que cada indivíduo possui para escolher e construir seus estilos de vida. Na concepção de risco social que troca a ênfase inicial de uma indenização coletiva pela ideia de que a moderação do risco é uma obrigação cívica individual, encontramos um forte aliado desses desenvolvimentos. Foucault (1994b) já alertava para a necessidade de serem pesquisadas as relações entre os sistemas de segurança e os modos ou estilos de vida implementados a partir de suas exigências. Em relação à necessidade destacada pelo autor, um elemento radical marca tal configuração: hoje, é o próprio *estilo de vida* que se constitui como sistema de segurança individual e coletiva.

Estilos de vida saudáveis

A manifestação mais evidente da filosofia do risco pode ser claramente encontrada no que alguns autores têm chamado de *healthism*, traduzindo a atual obsessão pela saúde. Tal fenômeno postula que os indivíduos devem preservar sua capacidade física dos

agravos da doença e do risco, denotando incapacidade ou falha individual, quando esse cuidado não é realizado pelo próprio indivíduo. Descrito como uma forma particular de *bodysm*, o estilo de vida saudável passa a ser articulado à crescente preocupação com práticas ascéticas que objetivam a manutenção de uma aparência jovem e da boa forma corporal.

No extremo dessa preocupação, encontra-se o músculo, que marca, impõe-se e pesa no olhar, massa que exerce seu efeito sobre a massa. O "músculo" não é um elemento que vive em gueto. O espetáculo do corpo está nas ruas, nas casas, escritórios, academias, fundo de quintais, parques sofisticados das megas cidades e nos espaços interioranos, aparentemente desligados de tal abrangência. Um espetáculo que se distingue das teatralizações subjetivas anteriores por não ter fim, pois não se finaliza com um personagem deixando lugar para outro personagem, outra máscara, outras aparências. A aparência permanente é a única possível, retrato fiel de seu possuidor, seu próprio artesão. Nesse novo espaço, o renascimento individual passa, necessariamente, por uma espécie de conversão corporal.

Ao analisar a cultura californiana do corpo, Courtine (1995) argumentou que o *bodysm* tornou-se um modo de vida, um signo de pertencimento e de integração que se sustenta a partir da racionalidade do consumo. Marcando essa nova configuração, a saúde é concebida no interior dessa retórica e prática política que fazem do corpo o próprio estilo de vida. Muitos críticos da pós-modernidade têm destacado a importância econômica e ética crucial que o cuidado com a saúde e a preocupação com o corpo

têm adquirido nas sociedades contemporâneas. O aperfeiçoamento de um "eu" disciplinado demonstrado pela busca incessante da saúde e da forma física torna-se o significado-chave, através do qual os indivíduos podem demonstrar sua conformidade ou não com as exigências de um mundo competitivo. O corpo saudável passa a ser a marca da distinção, aquilo que separa os perdedores dos vencedores; os termos *saudável* e *não saudável* assumem o lugar de uma identidade normal e anormal.

De acordo com tais análises, o discurso contemporâneo da saúde não é apenas mais um exemplo de proliferação da ética da autonomia e da filosofia do risco e, sim o aspecto que mais tem assumido essa posição e se difundido pelo corpo social. Um investimento estético, dietético e sanitário em torno da saúde e do corpo tornou-se exigência para obtenção de qualidade de vida e para realização pessoal nas sociedades de governo atuais.

Na mesma direção, Rose (*apud* BUNTON, 1997; *apud* NETTLETON, 1997) aponta a relação existente entre a racionalidade política do *liberalismo avançado* e sua ética da autonomia e, o discurso do risco à saúde. Em conformidade com as análises foucaultianas, o autor argumenta que os valores influenciadores do governo dos homens se justapõem àqueles que moldam o governo de si e esses são, na atualidade, predominantemente, os que privilegiam um "eu" independente e saudável.

Num momento em que muitos meios de vida são permitidos, mas quase nenhum é considerado seguro, soluções totalitárias são oferecidas a todo o tempo. Várias são as promessas que visam aliviar o

fardo da liberdade individual excessiva e insuportável, da solidão e do abandono a que o mercado e a exigência consumista induzem, como única alternativa. No conjunto dessas soluções, o investimento no corpo e na saúde surge como um dos principais objetivos, individual e coletivo, na busca de uma felicidade cada vez mais voltada para os interesses do "eu".

Nas análises do biopoder, Foucault permaneceu continuamente interessado nas maneiras mutantes, através das quais o corpo e as instituições sociais a ele interligadas entram em relações políticas. No espetáculo pós-moderno, um novo sujeito da saúde é vendido e investido como produto a ser consumido. Um sujeito que é ao mesmo tempo, autônomo e disciplinado, autogerenciado e estilizado. Falamos do sujeito reflexivo guiado pelos signos e relações das mercadorias de saúde. Sobre ele, um novo governo do corpo passa a se constituir.

A gestão de si e do outro

Articulado ao cenário descrito nos tópicos precedentes, um outro aspecto do governo atual pode ser realçado: se de agora em diante as habilidades dos indivíduos, sua capacidade de julgamento e sabedoria de escolha passam a decidir as formas pelas quais a vida pode ser experimentada, as incertezas pós-modernas têm reforçado cada vez mais a importância dos especialistas restauradores da personalidade. Num momento em que se exige a construção de um indivíduo autônomo, reflexivo, ativo e autossuficiente, proclama-se cada vez mais a necessidade da

presença de especialistas para auxiliar tal realização. Um autocontrole conduzido, induzido e direcionado por uma *expertise* cada vez mais em expansão marca o cotidiano frenético do sujeito pós-moderno. Um controle sutil e disperso que difere das antigas instituições fechadas, principalmente por ser percebido como parte de uma ascese individual requerida.

Nessa nova conjuntura, algumas características anunciadas por Foucault e relativas às formas de exercício do biopoder, encontram-se extremamente vinculadas: o corpo físico, inicialmente emblema da força e do trabalho, torna-se alvo de uma disciplina agora exercida pelo próprio indivíduo no trabalho de sua autoelaboração. Disciplina entrelaçada aos valores de uma política de mercado e de consumo que tem por objetivo a conduta de sujeitos ativos e reflexivos.

Entretanto, algumas limitações se colocam às análises foucaultianas, quanto ao papel da medicina moderna. Para Michel Foucault, a medicina foi um elemento central na constituição e expansão do biopoder moderno e, por conseguinte, na constituição das subjetividades modernas. Ao apontar para a crescente intensificação de um modelo de medicina prioritariamente estatal, suas análises situam-se cada vez mais distantes da crescente privatização, presente nos discursos e na assistência à saúde ocidental. Ao mesmo tempo, o processo de medicalização contemporâneo tem sido caracterizado por elementos diversos dos realçados pelas pesquisas foucaultianas (CLARKE et al, 2000). As questões levantadas pela crítica ao antigo processo de medicalização que o biopoder possibilita, são cada vez mais incorporadas

ao movimento de sua própria expansão. Os discursos e cuidados com a saúde não se resumem mais ao âmbito hospitalar ou aos espaços estritamente médicos; pelo contrário, têm se expandido num vasto mercado. Os locais atuais de expansão das relações de poder tornam-se muito mais dispersos e ampliados.

Ainda assim, Foucault sinalizava que desde a segunda metade do século XX, a crescente preocupação e demanda por uma saúde-mercadoria já fazia parte da constituição de uma nova *moral*, uma nova *economia* e uma nova *política* do corpo. O autor antecipava um processo que se intensifica na constituição dos sujeitos da saúde pós-moderna. O novo governo das subjetividades coloca em foco não mais o *direito* à saúde, mas o *dever* que cada indivíduo tem que assumir na construção de *estilos de vida saudáveis*.

Elementos do biogoverno atual

Em todos os aspectos até aqui abordados, as pesquisas foucaultianas sobre o governo permitem pensar criticamente o funcionamento do panorama atual da gestão individual e coletiva, na busca da saúde. Foucault fala da constituição de uma *sociedade de segurança* como uma das características do biopoder na modernidade. Em linhas gerais, são a intensificação e a reinscrição desse processo o que presenciamos, quando o risco e a prevenção são vistos como elementos centrais da racionalidade contemporânea de governo.

Embora o filósofo frânces não tenha trabalhado diretamente com a ideia de risco, seus escritos oferecem os princípios fundamentais para a análise dessa

noção como parte integrante da nova racionalidade de governo envolvida nas lutas subjetivas, racionalidade que dissolve a responsabilidade de segurança por todo o corpo social e para cada sujeito. Com Foucault, pode-se falar que presenciamos uma intensificação sutil da tecnologia de segurança, vinculada à expansão da tecnologia de risco, um movimento que não representa um abandono da governamentalização das sociedades modernas, mas a diminuição de sua estatização, ampliando ainda mais as relações entre o par liberdade-segurança para o novo mercado social. Um novo governo do *Omnes et Singulatim* passa a ser exercido. Sobre o sujeito contemporâneo desenvolve-se também um duplo constrangimento político: a individualização neoliberal e a totalização disciplinar. Cada pessoa é convocada a exercer sobre si um autogoverno que está a serviço da totalidade social (MICHAUD, 2000, p. 36).

A *filosofia do risco*, unida ao ideal de saúde, surge como uma potente tecnologia individual e coletiva de gestão da vida no contexto pós-moderno. Essa tecnologia visa dar conta de uma perpétua e nauseante incerteza sobre todos os aspectos que dizem respeito ao futuro, numa "sociedade de risco" que transformou quase tudo em *liberdades arriscadas*. Estaria em jogo a tentativa frustrada de construir uma liberdade ausente de riscos, perspectiva basilar do mal-estar contemporâneo? Quais seriam as implicações éticas, políticas e econômicas desse quadro na construção dos espaços subjetivos atuais? Como pensar a construção de alternativas éticas tendo por base as produções subjetivas, o corpo e a saúde, articulada à procura de segurança e autonomia?

Pensar criticamente sobre tais desafios é o convite que este artigo coloca para os leitores. Acredito que as concepções foucaultianas sobre o biopoder sinalizam um possível caminho: analisar as novas formas de subjetivação resultantes da interação entre o capitalismo, a nova tecnologia do risco e a exigência de criação de estilos de vida saudáveis. Tal desafio se insere na necessidade proclamada pelo autor, de se imaginar e fazer existir novos esquemas de politização: "*Às novas técnicas de poder* [...] *deve-se opor uma politização de formas também novas* (FOUCAULT, 1994a, p. 234). Construir novas relações entre o par *liberdade-segurança* é o desafio político que essa análise evoca; relações que abram caminho para experiências mais ricas e ampliadas, na criação de outros espaços subjetivos, de resistência.

Por certo, o intuito de pensar com Foucault nas novas possibilidades de "sujeitos livres", cujas mudanças contemporâneas as tornam possíveis, extrapola os limites de tempo e espaço de minha análise. No entanto, a rede de aspectos descritos até aqui alerta para o fato de que a nova situação abrange fatores complexos e em constante tensão; é possível pensar na criação de uma infinidade de novas relações de poder, novos espaços de alívio ou de desencadeamento do sofrimento, que apontam também para novas práticas de liberdade.

Foucault (1994a) ressaltou que, no novo cenário, as antigas formas de resistência política ao poder tornaram-se ineficazes e caducas. Mas, ao colocar a *intransigência da liberdade* no cerne das formas de governo atuais, o autor alertava para a necessária e

sempre presente produção de resistências, ainda mais inventivas. Ao destacar alguns aspectos das relações do governo da vida nas sociedades contemporâneas, pretendi mapear e localizar alguns de seus novos e antigos mecanismos, chamando a atenção para os desafios que essas configurações incitam. Como estrategistas ativos, é necessário que conheçamos as relações que delimitam o poder para sermos capazes de criar outras possibilidades de exercício ético-político da liberdade.

Embora o cenário enfocado apresente-se aparentemente montado em todos os seus detalhes, reforço aos leitores que seus bastidores permanecem velados. Mesmo levando em conta os mais diversos âmbitos do governo da vida atual, que nesse momento histórico é marcado por incertezas e provisoridades, pela busca de segurança e por uma subjetividade externalizada, acredito na pluralidade de ações de resistência, capazes de contrapor-se às dimensões reducionistas e totalizantes presentes nos discursos dominantes sobre saúde e risco. Uma esperança ativa sempre se delineia nas pesquisas de Foucault e é esse tipo de "sentimento-ação" que pretendi induzir e incitar.

Ainda a partir de Foucault, acredito na atualidade de sua afirmação de que um tal exercício do poder não seria necessariamente uma realidade incontornável, "*mas que a análise, a elaboração, a retomada da questão das relações de poder, e do 'agonismo' entre relações de poder e intransitividade da liberdade, é uma tarefa política incessante; e que é exatamente essa a tarefa política inerente a toda existência social*" (FOUCAULT, 1995, p. 246).

Referências

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BECK, U. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna/*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BEZERRA, B. *O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica.* Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.

BUNTON, R. Popular health, advanced liberalism and good housekeeping magazine. In: PETERSON, A; BUTON, R. (Orgs). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997.

CALIMAN, L. *Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos:* da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, G.; MILLER, P. (Orgs). *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

CLARKE, A. et al. Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Paris, Sciences Sociales et Santé*, v. 18, n. 2, p. 11-40, 2000.

CORRÊA, M. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado/IMS/UERJ, 1997.

COURTINE, J. J. Os stakhanovistas do narcisimo – body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

EWALD, F. Insurance and Risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, G.; MILLER, P. (Orgs). *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

FOUCAULT, M. e SENNETT, R. Sexualidad y soledad. In: ABRAHAM, T. (Org). *Foucault y la ética*. 1.ed. Buenos Aires: Biblos, 1988.

FOUCAULT, M. Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps. In: *Dits et écrits – v. 3*. Paris: Gallimard, 1994a.

FOUCAULT, M. Um système fini face à une demande infinie. In: *Dits et écrits – v. 4*. Paris: Gallimard, 1994b.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, *P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*, curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GORDON, C. Governmental Rationality: An introduction. In: BURCHELL, G.; GORDON, G.; MILLER, P. (Orgs). *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

MICHAUD, I. Des modes de subjectivation aux techniques de soi: Foucault et les identités de notre temps. In: *Michel Foucault: de la guerra des races au biopouvoir*. Paris: PUF, 2000.

NETTLETON, S. Governing the risky self – how to become healthy, wealthy and wise. In: PETERSON, A.; BUTON, R. (Orgs). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997.

ORTEGA, F. *Genealogias da amizade*. São Paulo: Iluminuras, 2002.

PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: *PETERSON*, A.; BUTON, R. (Orgs). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997.

RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de janeiro: Relume Dumará, 1999.

ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: O CONTROLE DO PESO CORPORAL COMO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Adriane Ramiro

A partir da década de 1970 e, principalmente dos anos de 1980, vimos surgir a incorporação do excesso de peso como problema de saúde pública. Dentre os fatores que justificaram a inclusão desse acontecimento como problema político, é possível mencionar: a transição nutricional, o fato de a obesidade ser considerada uma doença crônica não transmissível e a complexidade dos aspectos envolvidos na etiologia desse fenômeno (WHO, 2000; BATISTA FILHO, 2003; JACOBY, 2004; FRANCISCHI, 2007).

Entretanto, a forma como o discurso da promoção da saúde, mais especificamente, as políticas sobre alimentação saudável e atividade física vêm sendo incorporadas pela sociedade, tem gerado práticas cada vez mais totalitárias, vinculadas a estilos de vida ditos saudáveis, gerando angústia e, muitas vezes, controlando de forma excessiva o comportamento das pessoas. Essa incorporação tem influência da mídia, das academias, das clínicas dedicadas à redução e manutenção do peso corporal, dos consultórios médicos, assim como das novas profissões emergentes nesse nicho: o *personal trainer*, o *personal diet* e o "*personal* tudo", reforçando a obsessão pela magreza.

Diante de tal panorama fica a questão: como o peso corporal tem sido tratado no discurso da promoção da saúde? Que ressonâncias têm as diretrizes governamentais da alimentação saudável e da prática regular de atividade física na vida cotidiana? Que tensões surgem diante dessas pedagogias disciplinares normalizadoras sobre o corpo? Como não se render aos apelos persuasivos da mídia e das indústrias farmacêutica, cosmética e alimentícia, que se apropriam dos discursos da ciência em benefício próprio? E como resistir aos efeitos de tais discursos?

A partir do material empírico de minha pesquisa de doutorado, na qual utilizei documentos de domínio público e entrevistas semiestruturadas, proponho, neste artigo, refletir criticamente sobre essas questões e apontar algumas linhas de fuga.

A primeira parte do ensaio discorre como a questão do peso corporal – elemento de domínio biológico do corpo – é incorporado pelo discurso político, considerando a noção foucaultiana de "biopolítica". Na segunda parte, abordo as racionalidades políticas e tecnologias de governo implicadas no discurso da prevenção da obesidade e promoção da saúde. E na última, busco apontar ressonâncias das diretrizes políticas de promoção da saúde nas práticas cotidianas, voltadas aos cuidados com o peso corporal, assim como alguns posicionamentos das pessoas que participaram da pesquisa, diante dessas estratégias de governamentalidade.

As bases epistemológicas que nos orientam para pensar as questões mencionadas anteriormente são o Construcionismo, que constitui uma crítica ao positivismo e uma cisão com o conhecimento hegemônico

e a Psicologia Discursiva, que surge a partir de dois movimentos que são confluentes: o giro linguístico e o questionamento da retórica da verdade (GERGEN, 1985; IÑIGUEZ, 2003; IBAÑEZ, 2004; SPINK, 2004b).

As bases teóricas empregadas foram a perspectiva linguística das práticas discursivas no cotidiano, que considera a "linguagem como construtora de realidade" e, a perspectiva política que trata das relações de poder/saber e estratégias de governamentalidade. Nesse contexto, utilizei o termo "práticas discursivas" para fazer menção "*às maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas* [...]" (SPINK, 2004a, p.40-41). Com relação à dimensão política que trata das relações de poder/saber e estratégias de governamentalidade, referenciei-me na noção de "discurso" de Michel Foucault, práticas entendidas por ele como regras, constituídas num processo histórico e que se vão definindo em épocas concretas e em grupos ou comunidades específicas. São efeitos de poder/saber que, muitas vezes, atuam como estratégias de governamentalidade.

Quanto às informações obtidas de documentos de domínio público, Peter Spink (2004) afirma que são produtos sociais e têm forte potencial de circulação de sentidos, porque possuem componentes significativos do cotidiano. Pode-se dizer, ainda, que eles possuem um poder transformador, na medida em que se constituem num campo de negociações e produção de novos sentidos. A principal função dos documentos de domínio público utilizados no estudo foi a de contextualizar as políticas públicas voltadas

para a prevenção da obesidade e promoção de estilos de vida saudável, em especial, a prática regular de atividade física e alimentação saudável. Não houve pretensão de analisá-los em profundidade, uma vez que tal exercício recaiu sobre o teor das entrevistas, iniciado a partir da: (*i*) transcrição integral; (*ii*) transcrição sequencial e (*iii*) mapas dialógicos temáticos, a partir dos quais emergiram algumas categorias temáticas relacionadas ao objetivo da pesquisa.

DA BIOPOLÍTICA COMO GESTÃO DA VIDA ÀS BIOPOLÍTICAS CONTEMPORÂNEAS COMO GESTÃO DOS CORPOS

Com a proposta de compreender como o corpo biológico foi incorporado na racionalidade política e nas diferentes tecnologias de governo que se disseminaram socialmente no âmbito da saúde, retomei basicamente quatro trabalhos de Foucault, além de conferências e entrevistas que falam sobre o tema da biopolítica.

Primeiramente, esboçarei como o termo "biopolítica" (FOUCAULT, 2008b) ou "biopoder" foi se configurando no pensamento desse autor e, em seguida, abordarei como a questão da biopolítica apareceu na contemporaneidade.

O nascimento da biopolítica

O tema da biopolítica começou a ser explorado em *História da sexualidade: a vontade de saber* (FOUCAULT, 2001) e no curso *Em defesa da sociedade*

(FOUCAULT, 2005) obras dedicadas ao que conhecemos como "analítica do poder" e que, por caminhos diferentes, chegaram à concepção de biopoder[1]. Nessas duas obras, Foucault fez uma inflexão no seu próprio pensamento sobre o poder e tratou de criticar a visão existencialista, ontológica do poder que até então era dominante. Ele procurou refutar, no final da década de 1970, os modelos explicativos do poder que o consideravam como uma substância, como algo que se aproximaria de uma propriedade; um poder que é, em termos gerais, "jurídico-discursivo" e propõe um modelo em que seja pensado enquanto "estratégia" e "relação".

Foucault utilizou o termo "estratégia" dando-lhe um sentido de uma racionalidade aplicada para se alcançar determinado objetivo, algo que é relacional e, por isso mesmo, tem o poder de espalhar, difundir no enquadre social como relações de poder uns sobre os outros; poder como ato, ainda que inscrito num campo de possibilidades diversas, apoiado em estruturas permanentes. Nesse sentido, o poder, para Foucault, tornou-se uma "capilaridade" que, diferente da dominação, requer sujeitos "livres", que

[1] O paralelismo entre o curso *Em defesa da sociedade* e o livro *A vontade de saber*, em torno de uma crítica realizada por Foucault às concepções tradicionais de poder e que culmina no nascimento da biopolítica foi sugerido por Márcio Fonseca na disciplina: *Política, Direito e Estado de exceção – poder soberano e vida natural nas filosofias de Giorgio Agamben e Michel Foucault*, ministrada na PUC/SP, no segundo semestre de 2008. Segundo Fonseca (2002, p. 195), a ideia de poder fazer tal paralelismo entre esses dois trabalhos de Foucault foi sugerida pela leitura de GROS, F. *Michel Foucault*. 2. Ed. Paris: PUF, 1988, p. 77-80.

são postos diante de um campo de possibilidades nas quais as reações e ações possíveis são também múltiplas (FOUCAULT, 2007). A respeito do poder como uma capilaridade, o autor afirmou que

> Trata-se de apreender [...] o poder em suas extremidades, em seus últimos lineamentos, onde ele se torna capilar; ou seja, tomar o poder em suas formas e em suas instituições mais regionais, mais locais, sobretudo no ponto em que esse poder, indo além das regras de direito que o organizam e o delimitam, se prolonga, em conseqüência, mais além dessas regras, investe-se em instituições, consolida-se nas técnicas e fornece instrumentos de intervenção materiais, eventualmente até violentos (FOUCAULT, 2005, p. 32).

Quanto ao caráter relacional do poder, Foucault (2005, p.35) apontou que ele

> transita pelos indivíduos, não se aplica a eles. [...] o poder deve ser analisado como uma coisa que circula, [...] que só funciona em cadeia. Jamais ele está localizado aqui ou ali, jamais está entre as mãos de alguns, jamais é apossado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona. O poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-lo.

Dessa forma, o poder não é algo que se possui, mas uma relação. "*Tomar a palavra no domínio da História significa ir além da descrição das relações de força que aí têm lugar*, *significa intervir sobre elas*, *alterá-las*" (FONSECA, 2002, p. 205).

Assim, em oposição à versão que considera o poder como uma instância repressiva (FOUCAULT,

2001), o filósofo procurou demonstrar que o poder não reprime nem interdita, mas incita e produz. E contrariando a versão que ajuíza o poder apenas como a instauração da ordem e da paz por meio da lei, no livro *Em defesa da sociedade* o filósofo francês buscou pensá-lo enquanto uma guerra perpétua, que tem o propósito de defender a sociedade contra os perigos que nascem do seu próprio corpo.

Essa nova maneira de situar o poder com um tensionamento constante está diretamente relacionada ao modo de compreender o discurso como "acontecimento". Foucault, por meio do método genealógico, tratou os discursos como "acontecimentos", sempre determinados no interior de tramas e lutas pelo poder.

> Pensar o discurso como "acontecimento" não seria partir em busca da origem, do sentido, "da" verdade, enquanto uma essência última, mas antes buscar perceber que na raiz de todo saber e de todas as práticas estaria o confronto, estariam as lutas e as relações de poder. O "acontecimento", em que se constituem os discursos, seria o resultado de conformações de poder que, ao atravessar os outros discursos e práticas que lhes são contemporâneos, os colocaria em relação, geraria efeitos, permitiria que outras práticas discursivas se formassem (FOUCAULT, 2007 *apud* FONSECA, 2002, p. 157)[2].

[2] Fonseca, em nota de rodapé, aponta que a noção de "acontecimento" trazida por Foucault deve ser entendida na perspectiva interpretativa do pensamento de Nietzsche acerca da história, da crítica a uma verdade "neutra" e da noção de "acaso".

O que se configurou com a noção de biopoder ou biopolítica foi um novo tipo de normalização. Diferente das tecnologias de disciplinamento dos corpos dispostas no interior das instituições de sequestro (escola, igreja, hospital e afins), nos dispositivos biopolíticos a normalização se daria como resultado de mecanismos de autorregulação; ela representaria uma "acomodação" do poder capilar sobre os fenômenos globais de uma população, permitindo a tais mecanismos atuarem sobre os seus processos biológicos ou sociobiológicos.

A partir da análise dos mecanismos de segurança, Foucault chegou ao problema da população que, por sua vez, o conduziu ao problema da "arte de governar". O tema do "governo" surgiu como o terceiro elemento daquela série que Foucault dizia ser necessário analisar: a série "*mecanismos de segurança-população-governo*". Tal série constitui o campo da "biopolítica" que se complementa com o tema da governamentalidade e que se espalhou por toda a nossa sociedade.

Biopolíticas da saúde na contemporaneidade

Se a grande preocupação da biopolítica na modernidade era "fazer viver", no contemporâneo ela se encontra renovada, podendo ser traduzida pelo "fazer viver da melhor forma possível", e cujo governo se apoia em diferentes tecnologias, entre as quais destaco, por exemplo, o discurso da promoção da saúde e o da genética determinando comportamentos. Mas, há outros...

A tese sustentada pelo presente texto é a de que nessa era biopolítica na qual vivemos, tanto o corpo biológico como o corpo social são capturados politicamente. O que mudou foi a presença de novas configurações biopolíticas adquiridas com o crescimento das biomedicinas, das ciências humanas e sociais, mas, principalmente, em função da expansão das tecnologias. No livro *The politics of life itself*, Rose (2001) apontou três novas roupagens da biopolítica: "política de risco", "política molecular" e "ethopolítica".

Biopolítica como "política de risco"

No início do século XX, duas grandes estratégias biopolíticas tomaram forma na Europa, na América do Norte e em muitas de suas colônias. A primeira procurava maximizar a saúde da população através dos hábitos de higiene dos indivíduos, do planejamento urbano, saneamento, e medidas que procuravam instigar as pessoas a adotarem boas práticas de higiene. A segunda buscava maximizar a saúde da população, principalmente por meio do controle da reprodução. Um dos objetivos advogados pela retórica eugênica era evitar a carga econômica e social que a doença e a degeneração poderiam causar no futuro, agindo sobre as decisões de reprodução e capacidade dos indivíduos.

Ambas as formas – neo-higienista e eugênica – conceberam o problema da saúde populacional como "representação" da importância política que os respectivos "governos nacionais" poderiam galgar perante seus competidores no cenário internacional:

as outras nações. Rose (2001) argumentou que essa biopolítica difere da atual em aspectos cruciais. Segundo o autor, a biopolítica do século XXI já não está mais baseada no sonho de gerenciar a vida de cada um dos cidadãos, em nome do bem comum e do destino de todos. A ideia de "cultura nacional" deu lugar à de "culturas"; a de "identidade nacional" cedeu à da complexa teia de "identidades políticas" e a noção de "comunidade" deu lugar à de "comunidades". Isso afetou, também, o significado das políticas de saúde.

Essa biopolítica contemporânea busca menos classificar, identificar, eliminar ou coibir indivíduos com constituições de saúde defeituosas, ou mesmo estimular a reprodução daqueles grupos com "características consideradas desejáveis", em nome da saúde geral da população. Hoje, consiste muito mais em estratégias que tentam identificar e tratar indivíduos, grupos ou localidades, onde o risco à saúde é considerado alto. Os estudos estatísticos são largamente usados para prevenção e minimização dos perigos e agravos da saúde populacional. O aspecto central em jogo nessa dimensão atual é a "gestão de risco", que tem como um de seus instrumentos básicos a "comunicação sobre riscos".

Biopolítica como "política molecular"

De acordo com Rose (2001), a segunda transformação da biopolítica foi a "política molecular". A vida passou a ser imaginada como controlada pelo código genético, escrito na estrutura molecular do

cromossomo. A molecularização da biologia tornou-se um fenômeno irreversível. A decodificação do "código dos códigos", a técnica de separar e reproduzir sequências específicas de DNA, de fabricar organismos com ou sem sequências específicas, passaram da teoria à prática em pouco tempo.

No campo da obesidade, vários têm sido os estudos dedicados a encontrar um "gene", ou outro nexo causal similar, responsável pelo excesso de peso. Por exemplo, uma reportagem publicada em 2000 por uma revista de grande circulação nacional, vinculava a possível causa da obesidade a um vírus: "*[a]tenção, gordinhos, uma nova teoria científica defende que não são os genes, as barras de chocolate e a vida sedentária os únicos culpados pelo aumento de peso. Um vírus batizado de Ad-36 vem sendo apontado por pesquisadores nos Estados Unidos como uma das causas da obesidade*. (REVISTA VEJA, 2000).

Rose (2001) concluiu sua assertiva ao sugerir que a biopolítica vem sendo transformada em "ethopolítica", compreensão essa que passarei a explicitar a seguir.

Biopolítica como "Ethopolítica"

Rose (2001) afirmou que a enorme mudança no aparato da saúde liberal-democrática do século XX inverteu a seguinte situação: antes, a tese original da biopolítica separava aqueles que calculavam e exerciam o poder, daqueles sujeitos cuja existência biológica deveria ser moldada para o bem de cada um e de todos. Agora, o que ocorre é que o "povo" pas-

sou, ele próprio, a preocupar-se com seu bem-estar e a exigir políticas governamentais que o garantam. A própria ideia de saúde vem sofrendo reformulações; não basta evitar ficar doente ou morrer prematuramente, o importante agora está centrado em questões do bem-estar, beleza, sucesso, felicidade, sexualidade. Há nítidas mudanças no discurso oficial de promoção da saúde, quando este tem migrado para os "apelos populares" que mencionam dietas e exercícios – produzindo como consequência, um crescente sofrimento subjetivo, vinculado à condição imperativa de se manter saudável corporal e mentalmente.

O mesmo autor continuou sua reflexão argumentando que, da biopolítica, emergiu o termo "ethopolítica", caracterizado pelo "ethos" da existência humana, dos sentimentos, da moral e das crenças, como meio no qual o autogoverno do "indivíduo autônomo" pode ser conectado com os ditames do "bom governo". Rose (2001) foi além, dizendo que a biopolítica se converteu numa "ethopolícia": o que estaria em jogo em nossas sociedades seria a crescente preocupação do indivíduo consigo mesmo, e o modo como cada ser humano julga a si mesmo e age sobre si mesmo, para se tornar melhor do que é. Provavelmente, por conta disso, tornou-se banalizado e corriqueiro o emprego de expressões como "qualidade de vida", "direito à vida", "direito de escolha", "terapia genética", "estilos de vida saudáveis" etc.

Sobre tais questões, Nogueira (2003) mencionou a primeira crítica empreendida por Ivan Illich (1975) sobre os excessos da medicina moderna em seu livro *Nemesis da Medicina*, e a segunda crítica

tecida pelo filósofo austríaco, doze anos depois, na qual reviu e reposicionou alguns pontos de sua primeira análise. Em 1975, Illich afirmava que "*a ampla industrialização da saúde e a medicalização da vida na sociedade moderna fazem aparecer diversas formas de iatrogênese ou danos à saúde, como resultado da perda da capacidade de ação autônoma das pessoas perante a enfermidade, a dor e o envelhecimento*" (ILLICH, 1975 *apud* NOGUEIRA, 2003, p. 190). Na segunda crítica social da saúde, Illich abordou uma nova iatrogênese denominada de "iatrogênese do corpo", a qual "*resulta[ria] de uma espécie de obsessão com a saúde corporal e com sua produção através de atividades físicas, dietas etc. em aparente condição de autonomia. Trata-se de um consumismo do corpo saudável, que responde menos à ação dos médicos e mais às informações difundidas pelos meios de comunicação e pelos agentes terapêuticos não oficiais*" (NOGUEIRA, 2003, p. 190).

Semelhante a essa "iatrogenia corporal" de que falava Illich, hoje se menciona uma nova doença vinculada à preocupação excessiva com a saúde corporal. É a "ortorexia nervosa": obsessão por comida natural, quando alguém é muito preocupado com os hábitos alimentares e dedica grande parte do tempo a planejar, comprar, preparar e fazer refeições. Além disso, dispõe de um autocontrole rigoroso para não comer nada que seja muito calórico (REVISTA VEJA, 2000).

E não faltam incentivos para ser adepto da comida natural. Informações provenientes do Grupo de Estudos e Tratamento do Obeso (Gesto), em São Paulo, e do projeto "terrapia", da Fundação Oswal-

do Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, apontaram que "comida viva" emagrece e dá energia. Segundo a reportagem, a "comida viva" consistiria em sementes em processo de germinação e brotos que conformam um cardápio nutritivo. Tais projetos teriam como objetivo ajudar grupos de obesos a mudar hábitos alimentares (disponível em http://g1.globo.com/globoreporter/0,,MUL1267741-16619,00.html. Acesso em: 14/08/09).

Nesse novo cenário das biopolíticas contemporâneas, a relação dos sujeitos com seus corpos e com seu próprio "destino" biológico vem mudando. Conforme Rose (2001), é importante distinguir entre normas "vitais", preocupadas com a vida em si, e normas "sociais", manifestadas por uma adaptação a requerimentos artificiais e normativos da sociedade. Algumas práticas da biomedicina buscam incorporar o social dentro do vital.

Rose (2001) traduziu o combate à "tristeza", como exemplo dessas práticas, a partir da qual se introduzem as drogas psiquiátricas que mudam a cognição; o combate à infertilidade feminina, tendo como resposta o crescimento da recomendação da contracepção assistida; o combate ao envelhecimento feminino, no qual proliferam estímulos à reposição hormonal; e o combate ao envelhecimento masculino, cenário de onde emergiu e se potencializou a comercialização do Viagra.

O mesmo processo ocorre quanto à materialidade do corpo. Será que o alargamento dos horizontes aplicativos de alguns dispositivos da biomedicina, como cirurgias plásticas, fármacos que interferem quimicamente na saciedade alimentar, uso de marcapasso gástrico (entre outros artefatos), não são "colocados

em prática" mais em nome de uma "vitalidade social" do que de uma necessidade clínica? Quais elementos dão sustentação a essa ethopolícia que incide sobre o corpo lipofóbico? Até que ponto os imperativos do "bom governo" (no sentido foucaultiano), que incitam o (auto)cuidado do corpo, influenciam na constituição do sujeito contemporâneo?

Embora esse tema seja importante, não expressa a abordagem principal do presente artigo. Essas formas de subjetividade resultantes das novas configurações da biopolítica, como "política de risco", "política molecular", "ethopolítica" ou "biossociabilidades" vivem numa atmosfera ambígua, paradoxal, incerta, que causa sofrimento, desconforto e apreensão.

Voltemos, então, ao enfoque central: compreender a racionalidade política e as tecnologias de governo, presentes no âmbito da saúde e as ressonâncias dessas estratégias de governamentalidade na vida cotidiana.

ARTES DE GOVERNAR: GERENCIANDO O PESO CORPORAL E A SAÚDE NA ERA DO RISCO

Para entender as racionalidades políticas e as tecnologias de governo que se disseminaram em nossa sociedade e que legitimaram, no âmbito da saúde, o dispositivo do corpo magro como saudável, recorri à noção foucaultiana de "governamentalidade" que amplia o que tradicionalmente tem sido entendido como a "arte de governo" para, em seguida, discutir as reverberações dos discursos médicos sobre peso corporal nas práticas em relação aos cuidados com o corpo.

Sobre a noção de governamentalidade em Foucault e neofoucaultianos

Optei por utilizar a noção de governamentalidade em vista de sua potencialidade de abrir espaços para o pensamento crítico sobre a gerência das condutas, formulando as seguintes perguntas: como tem sido possível criar verdades sobre as pessoas, sobre seus comportamentos? Como determinadas tecnologias de governo se contextualizaram temporal e geograficamente? Como se perfizeram essas verdades e por parte de quem? Sob que tensões com outras verdades, mediante que lutas, alianças, chantagens, promessas e ameaças? Como isso tudo ajuda a tornar inteligíveis nossas verdades atuais?

A esse respeito, Rose (1999) apontou que as análises empreendidas sobre governamentalidade permitem introduzir uma atitude crítica em direção ao que, normalmente, damos por certo, natural e inquestionável. E é nesse sentido que procurei direcionar o presente trabalho, pensando criticamente as diferentes formas de governamentalidade dirigidas à nossa saúde.

O tema do "governo" surgiu nos trabalhos de Foucault como o terceiro elemento da série que ele afirmava ser necessário analisar: "*mecanismos de segurança-população-governo*". Conforme mencionei anteriormente, tal série constitui o campo da "biopolítica" e se complementa com a questão da governamentalidade. Na quarta aula do curso *Seguridade, território, população*, Foucault tomou como foco uma literatura "anti-Maquiavel", para marcar a diferença entre aquilo que se entende por "*governo do Estado, no pensamento político clássico que vai do*

século XVI ao XVII, *daquilo que designará por "governamentalidade*".

O sentido que atribuiu à governamentalidade pode ser ilustrado pela noção de "governo", presente na obra *Miroir Politique*, de La Perrière, na qual tal conceito não implica relação de exterioridade quanto àquilo que se governa; não se refere a um conjunto de homens e coisas. Governo, segundo La Perrière, "*é a correta disposição das coisas*, *das quais alguém se encarrega para conduzi-las a um fim adequado*" (FOUCAULT, 2008, p. 127).

Foucault retomou o trecho "*governo é a correta disposição das coisas*" para marcar a diferença da noção de governo no *Príncipe de Maquiavel* – em que o objeto do governo, de um lado, é o território, e de outro, as pessoas que nele habitam – e, o objeto de governo que La Perrière propõe são as "coisas" – um complexo constituído pelos homens e pelas coisas. Essa ideia do governo das pessoas em relação às coisas norteia a noção de governamentalidade em Foucault, como podemos constatar a seguir.

> Quer dizer também que essas coisas de que o governo deve se encarregar, diz La Perrière, são os homens, mas em suas relações, em seus vínculos, em suas imbricações com essas coisas que são as riquezas, os recursos, os meios de subsistência, o território, é claro, em suas fronteiras, com suas qualidades, seu clima, sua sequidão, sua fecundidade. São os homens em suas relações com estas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou de pensar (FOUCAULT, 2008, p. 128).

Foucault disse, ainda, no final da quarta aula do curso *Seguridade*, *território*, *população*, que por

"governamentalidade" pode-se entender o conjunto constituído pelas instituições, pelos procedimentos, pelas análises e reflexões, pelos cálculos e pelas táticas que permitem exercer uma forma bastante específica de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber, a economia política, e por instrumentos técnicos essenciais, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, governamentalidade pode ser compreendida como a tendência que em todo o Ocidente conduziu à preeminência do tipo de poder que se pode chamar de governo, sobre todos os outros (a soberania, a disciplina), inclusive por trazer o desenvolvimento de uma série de dispositivos a ele atrelado. E, por último, cabe-lhe também o significado de resultante do processo por meio do qual o Estado de Justiça da Idade Média (tornado Estado administrativo nos séculos XV e XVI) foi pouco a pouco "governamentalizado" (FOUCAULT, 2008).

No restante das aulas do curso de 1978, e nas que comporam o curso *Nascimento da Biopolítica*, de 1979, o filósofo francês recuperou momentos da história da governamentalidade, sobre os quais não discorrerei neste artigo, já que não é meu objetivo aprofundar a memória historiográfica da noção de governamentalidade. Porém, conforme afirmou Foucault, nesse curso, a análise da biopolítica só pode ser empreendida quando se compreender o que ele nomeou de "racionalidade política": numa palavra, uma espécie de regime geral da razão governamental, que busca dar uma forma de verdade e estabelecer algum tipo de base ética para suas ações.

Racionalidades políticas e tecnologias de governo

Rose e Miller (1992) referendaram a concepção de "racionalidade política", dizendo ainda que a governamentalidade se constitui basicamente de dois elementos: as "racionalidades políticas" e as "tecnologias de governo". As racionalidades políticas, conforme tais autores, são campos discursivos caracterizados por um vocabulário compartilhado, que primeiro passou por disputas, acordos e que se fizeram inteligíveis num determinado contexto. Constituem um novo enquadre das formas de governar que se inventam para situações *ad hoc*, como tentativas de práticas de pensar e atuar sobre problemas específicos, ou transformação de técnicas já existentes que se adaptam à nova situação. Uma vez consumado, tal tipo de racionalidade poderia, então, ser traduzido, preparado, redirecionado e aplicado a outros fenômenos de interesse.

A esse propósito, Rose (1999) argumentou que estudos afins, ao analisarem a racionalidade liberal e a racionalidade neoliberal do Estado do Bem-Estar, não entendem a governamentalidade como um "divisor de épocas"; de modo distinto, compreendem-na como um processo que tenta operar um sistema de pensamento para a natureza, os meios, fins e limites do exercício do poder, bem como para os estilos de governo, os instrumentos, as técnicas e práticas com os quais se vincula (nomeadas como "tecnologias de governo").

O mesmo autor definiu "tecnologia de governo" como um mecanismo que permite a realização de uma racionalidade governamental, constituindo

campo de diferentes formas de conhecimento prático que podem ser expressos por modos de percepção, práticas de cálculo, vocabulários, tipos de autoridade, formas de juízo, formas arquitetônicas, capacidade humanas, objetos e dispositivos não humanos, técnicas de inscrição e outros. Tudo isso para atingir resultados quanto à condução do comportamento da população. Essa heterogeneidade de mecanismos, estratégias, técnicas e procedimentos para fazer com que seus programas sejam operáveis vão conectar-se com uma variedade de conexões que serão estabelecidas entre governantes, grupos e indivíduos.

Com o intuito de compreender as racionalidades e tecnologias de governo que sustentam os programas voltados para a prevenção da obesidade e a promoção de estilo de vida saudável, consultei documentos oficiais sobre obesidade no *site* da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS). De todo o material examinado, selecionei três: (*i*) Estratégia Global em Matéria de Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde; (*ii*) Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e (*iii*) Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (BRASIL, 2002; 2003a; 2003b; 2004; 2006; WHO, 2004).

Gerenciando o peso corporal e a saúde na era do risco

Os documentos da OMS e MS pesquisados apontam que a racionalidade política utilizada para justificar a ação governamental sobre o peso corporal da população refere-se à "gestão de risco".

O conceito de risco como instrumento de caráter probabilístico para orientar as atividades de intervenção em saúde tem sido bastante empregado na área. Esse fato faz com que inúmeros pesquisadores, como Ayres et. al. (2006), alertem sobre a necessidade de revisitar tal concepção, em função da insuficiência de seu caráter "objetivista" e "analítico-discriminativo". Como contraponto à lógica hegemônica da *epidemiologia dos fatores de risco*, propõem o uso alternativo da noção de vulnerabilidade que abarca o reconhecimento e a problematização de elementos coletivos e contextuais, os quais,invariavelmente, contribuem para o mapeamento ampliado da suscetibilidade às doenças e agravos. Nas palavras dos autores, "vulnerabilidade":

> [...] pode ser resumid[a] justamente com esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et. al., 2006, p. 123).

Para Ayres et al. (2006), o exame das condições de vulnerabilidade integra três perspectivas interdependentes da vida das pessoas e das comunidades que as tornam mais ou menos suscetíveis à uma doença (e, nesse caso, faço referência à obesidade): a dimensão individual, a social e a programática.

A dimensão individual parte do princípio de que todos somos suscetíveis, em maior ou menor nível, à obesidade. Segundo os autores, esse componente diz

respeito "*ao grau e à qualidade da informação que as pessoas dispõem sobre determinada enfermidade, bem como, a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações*" (AYRES et al., 2006, p. 396), transformando-as em práticas de prevenção. Dentre os elementos aí elencados, com foco no setor da saúde, citam: valores; interesses; crenças e credos; desejos; conhecimentos; atitudes; comportamentos; relações familiares, de amizade e afetivo-sexuais; relações profissionais; situação material; condição psíquica, emocional e física; redes e suportes sociais.

Já a dimensão social da vulnerabilidade parte do princípio que saúde-doença são partes de um complexo processo societário; ou seja, os significados que as informações adquirem ante os valores e interesses das pessoas, e as possibilidades de colocá-las em prática, estão diretamente relacionadas aos aspectos culturais, econômicos, sociopolíticos e morais que dizem respeito à vida coletiva. No caso da obesidade, os comportamentos e as práticas relacionadas à suscetibilidade de engordar articulam-se diretamente aos aspectos pertinentes, por exemplo, às diretrizes políticas dos países; às relações de gênero, étnico-raciais e, entre gerações; às atitudes e crenças religiosas diante da alimentação; à condição de pobreza, entre outros.

Por fim, a perspectiva programática visa avaliar como as instituições públicas, especialmente as do setor saúde, educação, social e cultural, respondem ao controle de enfermidades. "*O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados*

por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade?" (AYRES, et al., 2006, p. 397).

Como é possível constatar, a articulação dos três eixos que compõem as análises de vulnerabilidade com a obtenção de informações e suas possibilidades de metabolização e com o poder de incorporá-las às mudanças práticas, não depende menos da capacidade individual das pessoas, e muito mais de aspectos como "*acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas, etc., todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade*" (AYRES, et al., 2006, p. 396-397).

Entretanto, o gerenciamento dos riscos tem sido apresentado pelo *experts* como algo ligado à esfera privada, de responsabilidade das pessoas, e posto em termos das escolhas de seus *estilos de vida*, conforme apontou Castiel (1999). Para tal perspectiva, é a partir da interiorização da retórica do risco que se constitui o "sujeito autônomo", passível de culpabilização por seus comportamentos. Esses, obrigatoriamente, devem voltar-se aos (auto)cuidados permanentes para obtenção, manutenção e aprimoramento de um corpo saudável, e afastar-se, por prudência, de toda sorte de conduta que ameace tal *status*.

Na esfera da prevenção da obesidade e da promoção de estilos de vida saudáveis, as tecnologias de "disciplinarização" e os "mecanismos de segurança" configuram-se a partir da comunicação dos riscos à

saúde, por meio de campanhas, cartilhas, palestras, formação e treinamento de profissionais da saúde e afins. A campanha mundial de 2005, fomentadora de uma alimentação saudável, ilustra como são enfatizados os temas: *Alimente sua saúde: consuma mais frutas, verduras e legumes.* Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o *Guia alimentar de bolso: como ter uma alimentação saudável.*

A alimentação saudável, nesse contexto, deve ser entendida como aquela que contempla as seguintes características: (*i*) adequada em quantidade e qualidade, oferecendo de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada fase do curso da vida; (*ii*) variada, de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo; (*iii*) segura, dos pontos de vista sanitário e genético; (*iv*) disponível; (*v*) atrativa do ponto de vista sensorial: (*vi*) que respeite a cultura alimentar do indivíduo ou grupo a que se destina (BRASIL, 2006, p. 15).

Quanto à prática regular de atividade física, o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física, inspirado no *Agita São Paulo*, lançou o *Agita Brasil*, depois o *Agita Mundo* e, assim como o dia mundial da alimentação, criou-se o *dia mundial da atividade física (06 de abril).* Sobre esse tema, Fraga (2006, p. 8) fez um belo trabalho utilizando o que ele chamou de "maquinária do agito". Seu estudo compartilha preocupações similares ao meu, quando propõe reflexões sobre o autogoverno dos corpos, via promoção da atividade física.

A partir da genealogia foucaultiana, o autor analisou "*as estratégias persuasivas implementadas pelo programa para fazer circular suas recomendações*",

chegando ao entendimento de que a "maquinaria", utilizada pelo programa, se constituiu de dispositivos monitoradores do acesso às informações acerca de como ser saudável; afirmou, ainda, que tal maquinaria se vale de um conjunto de saberes para preconizar certos estilos de vida à população que nomeou de "biopolítica informacional".

Com as análises até aqui empreendidas, pode-se concluir que o investimento discursivo e programático das políticas públicas dirigido à prevenção da obesidade, à promoção da alimentação saudável e da atividade física tem sido enorme. Como disse anteriormente, se por um lado acredito no potencial que essas políticas possuem na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de outro, a forma como tais campanhas oficiais vêm se incorporando aos segmentos da sociedade (pela mídia, por exemplo) e sua repercussão na vida cotidiana das pessoas, merecem reflexões mais detidas.

RESSONÂNCIAS DOS DISCURSOS MÉDICOS SOBRE PESO CORPORAL NAS PRÁTICAS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM O CORPO

A análise das entrevistas revelou uma constante tensão entre assujeitamento e resistência ao discurso da promoção do corpo magro e saudável. Creio que essa tensão está diretamente relacionada ao paradoxal estatuto do corpo na contemporaneidade: a mesma cultura que produz a obsessão por estilos de vida saudáveis, com comportamentos e práticas que visam à magreza, promove uma proliferação de hábitos que

se opõem radicalmente a eles. Nos trechos a seguir podemos mapear alguns indícios desse dilema.

Entrevista 1: *AD, 32 anos, psicóloga, peso: 52kg, estatura: 1,59m e IMC: 20,6*

	L53-55
E1	Não gosto de comer fritura, mas a gente acaba comendo muita coisa fora de casa, mesmo que seja assado, o(.) ou compra algo industrializado, pacotinho de biscoito, (...).

	L78- 84
E1	Quando eu tenho que vir pra cá, que eu não posso comer por aqui, se eu encontro um lugar saudável, eu como, como lá embaixo. Mas nem sempre a gente também tem dinheiro pra isso. O que que eu faço? Eu faço sanduíche natural, embrulho(.) (...) Eu trago iogurte, eu trago polenguinho, eu trago sanduíche natural(.) água, chá. Tudo eu ponho aqui, no decorrer do dia eu vou comendo.

	L116- 124
A	(...) Você me disse que comeu um pedaço de pizza, e(.)
E1	Sim, e me deu aquele(.) um desconforto intestinal (...) Porque se eu comer algo muito gorduroso, como uma pizza(.) 4 queijos, que é(.) gordura pura, é óleo puro, =Hum, hum.= aí faz mal, me faz mal. Porque eu tô acostumada a comer coisas mais leves, mais saudáveis.

Entrevista 2: *CI, 34 anos, dona de casa, peso: 70kg, estatura: 1,60m e IMC 27,3*

L 105- 132

A	O que você acha mais difícil, hoje, para controlar o peso, para emagrecer?
E2	↓A parte mais difícil?. (...) tem hora que dá uma vontade < de comer (...) eu não comia doce, era(.) muito pouco doce. =Hum, hum.= Mas depois eu fiquei(.) Eu (x) eu(.) Me dá assim uma vontade(.) Tem dia que eu fico louca pra comer um doce. =Hum, hum.= Sabe? Fico <pensando no doce,> o tempo todo.
	(...) [mas] quando eu ponho na minha cabeça que eu não vou comer, eu não tenho vontade. Igual quando eu fiz a promessa, que eu fiquei 6 meses, = Ham.= que eu falei: "-Eu não vou comer". Eu não tinha vontade nenhuma.

Entrevista 3: *JU, 30 anos, comerciante, peso: 70kg, estatura: 1,64m e IMC 26,1.*

L221- 243

A	E assim, nisso tudo, o quê que foi mais difícil de perder o peso?
E3	(...) De sair, e você(.) viver- Você continuar com o estilo de vida que você tem. =Hum, hum.= Porque, assim, os amigos saem pra comer, eu falo assim: "-E agora?" =Hum, hum.= É que nem um alcoóla(.) um obeso é igualzinho um alcoólatra ou um viciado em cocaína,

E3	um viciado em cigarro, qualquer coisa. Então, que eu falo que eles é mais fácil. Porque a <gente> precisa continuar comendo. Eles não precisam fumar, não precisam beber bebida alcoólica. Não precisam de droga. =Hum, hum.= Mas a gente precisa da comida.

Entrevista 4: *SI, 30 anos, empresária, peso: 72kg, estatura: 1,65m e IMC 26,4.*

L13- 35

E4	Porque eu sempre gostei de comer, e comida(.) Falam assim(.) Gordo come tudo(.) Não, gordo não come tudo. Gordo não come- nada. Gordo é chato pra comer. Porque só <come> coisas que- engorda. (...) Então, por menos que eu fizesse atividade(.) Eu nunca fui esportista. Nunca fiz atividade física nenhuma.

Entrevista 9: *SIR, 25 anos, fisioterapeuta, peso: 55kg, estatura: 1,64 e IMC 20,5.*

L88-91

E9	Ah, uma coisa >que eu não abro mão< é da academia, sabe? Gosto de fazer, gosto de (não compreensível) assim, e porque(.) além de me dar prazer, me acalma, relaxa.

L91-94

E9	Porque aí eu posso comer os doces que eu gosto, um chocolate, depois do almoço, e sem(.) o receio >de ganhar peso<. Porque- acaba que você vê que você não engorda, sabe? Você vai pra academia à noite, malha, você vê que não engorda.

Entrevista 10: *KE, 34 anos, farmacêutica, peso: 72kg, estatura: 1,53m e IMC 30,7.*

L78-123

A	E >como que< foram essas experiências? [Estávamos conversando sobre estratégias utilizadas por ela para perder peso].
E10	Ah, todas- horríveis, porque você sente fraca, você tira de uma vez o que você, te dá o maior prazer, que é a comida. Então a sua cabeça fica vazia, você não consegue raciocinar. Porque(.) ao mesmo tempo que você está indo pra onde você quer, que é parar de comer, mas você não entende(.) por quê que você tem que ficar sem comer. Então, assim, é (x) é uma coisa muito (x) muito confusa, o cérebro não consegue processar essas mudanças, assim, drásticas. (...) Você fica meio queperdida, assim. Já teve vezes de eu pensar assim: " - Se isso for pra vida inteira, eu prefiro não viver". Se (x) se eu tiver que - restringir(.) e ficar esse vazio intenso, pra conseguir esse TÃO almejado emagrecimento, eu ter que ficar tão(.) angustiada, tão perdida, eu (x) eu prefiro não viver. É muito confuso, assim. Acho que tem pessoas que devem (x) devemtentar suicídio, devem(.) fazer coisas< piores. Porque é muito ruim. (...) É uma coisa que você quer muito, mas que(.) você também não quer muito. ↑São duas coisas que você quer muito: comer muito, e não comer nada↓. Duas coisas totalmente diferentes.

Essas narrativas, além de apontarem o paradoxo que existe entre a sedução da comida e o controle das medidas, revelam o sofrimento das pessoas ante esse conflito. Em alguns casos, como na **entrevista 1** – linhas L116-124, o corpo é literalmente punido pela ingestão de uma comida mais calórica. Em outro caso, **entrevista 2** – linhas L105-132, é preciso fazer uma promessa para resistir à tentação de comer um doce. E na última entrevista essa dualidade entre *querer comer muito* e *não comer nada* é motivo de *pensar em não viver*, como desabafa E10.

Outras entrevistas revelaram um posicionamento mais radical de sujeição aos discursos que difundem a apologia ao estilo de vida saudável. Abaixo, seguem algumas falas que mostram como as informações sobre saúde foram obtidas, como foram incorporadas pelos sujeitos, e o poder que tiveram nas mudanças de comportamento:

Entrevista 1: *AD, 32 anos, psicóloga, peso: 52kg, estatura: 1,59m e IMC: 20,6.*

L17- 25

A	E como você ficou sabendo desse I, é(.) IMC? (...)
E1	Que toda revista ((riso)) de(.) de dieta, é >tipo< como Corpo a Corpo, Boa Forma, eles sempre citam. E quando eu fazia ginástica (...) o exame médico que a gente faz antes de começar, mostrava isso. =Hum, hum.= Eles fazem todo o diagnóstico, e faziam a medição. =Hum, hum.= Então, essa medição era muito simples: é o peso que você tem pela altura. E coloca ↓num(.) ↑numa tabelinha lá, e você vê

E1	se tá dentro ou não(.)=Hum, hum.= da normalidade. (...). Então(.), dentro desse IMC eu tô(.), eu estou como saudável.

L47-52

E1	(...) As duas moças com quem eu divido apartamento, uma delas também tá com problema de colesterol. E assim, nós somos todas magras. (...) Bom, então tenho que me cuidar, porque já, já, eu vou tá nesse nível também, (...).

Entrevista 8: *MI, 30 anos, pedagoga, peso: 60kg, estatura: 1,66m e IMC 21,8.*

L11-17

A	(...). E assim, você tem ideia de qual é o seu peso ideal?
E8	↑Eu acho que eu tenho que ↓perder uns(.) 5. = Hum. = ↑Diz que é 10 a menos, né?↓ Então, se eu tô com uns 60, uns 56. = Hum, hum. = Uns 4 quilos.
A	(...) Como que essa informação chega?
E8	Ah, revista, médico, né? Falam sempre que você tem que pesar 10 quilos, né? A menos da sua altura, (...).

Entrevista 10: *KE, 34 anos, farmacêutica, peso: 72kg, estatura: 1,53m e IMC 30,7.*

L151-207

A	E com relação a (x) a atividade física, a esportes, como que é isso? (...).

E10	Era como se(.) fosse uma coisa ruim, mas que se eu fizesse, se eu SUPERASSE a preguiça, e fizesse, eu iria ter uma recompensa. Só que(.) era uma coisa penosa. (...) sempre falavam assim, que era educação física, que eu tinha que correr. Como eu sempre tive asma e bronquite, eu sempre tinha falta de ar. E(.) na (x) na escola, ou era educação física, ou era vôlei. Vôlei, eu era muito pequena pra jogar vôlei. Não me aceitavam no time de vôlei. Então criou assim, que eu não dava pro esporte. E que(.) isso era penoso, Aquelas pessoas que faziam eram(.) BEM valentes e bem (x) bem persistentes. Era uma coisa assim, de (x) de pessoas(.) vencedoras.

Essa última narrativa aponta para algumas falhas nas práticas pedagógicas, em relação à alimentação saudável e a atividade física. Tais práticas parecem não retratar o que recomenda a OMS, quando ressalta que um dos *princípios para implementação de estratégias locais deve* [...] *reconhecer as interações complexas entre opções pessoais, normas sociais e fatores econômicos e ambientais* [...]. [...] *As mudanças de hábitos alimentares e prática de atividade física requerem esforços combinados de ações por parte dos interessados* [...].

Na mesma entrevista notei também uma ligação entre a saúde e a moralidade. O corpo tornou-se lugar da moral, fundindo-se ao "eu"; isso significa dizer que os praticantes de atividade física que se alimentam de forma saudável são pessoas "valentes",

"persistentes", "vencedoras", como revela nossa interlocutora E10. A ideologia da saúde nos faz acreditar que uma dificuldade para se adequar às práticas que levam à boa saúde deriva da falta de vontade, de fraquezas individuais.

Tal retórica tem sustentado e legitimado outros discursos, como o da estética, da moda, da indústria farmacêutica e dos cosméticos. Algumas falas retratam esse aspecto, ao se referirem às motivações para perder ou manter o peso. Na maioria dos casos, a preocupação para fazer um regime alimentar restritivo não está associada a questões de saúde e, sim à estética e aceitação social. Nesses casos, a aparência é o que conta; "vale tudo" para atingir o inatingível, o "corpo perfeito".

Exemplos extremos de assujeitamento ao discurso do corpo esbelto e saudável apareceram em três entrevistas, fato que me surpreendeu, uma vez que dialoguei com dez interlocutoras apenas. Duas entrevistas trataram de casos de anorexia e uma de bulimia. Essas doenças da modernidade refletem a insatisfação corporal e a busca constante por um corpo magro na sociedade contemporânea.

Entrevista 6: *LU, 36 anos, psicóloga, peso: 61kg, estatura: 1,72m e IMC: 20,6.*

L26-41

E6	(...) bom, cresci, entrei na vida adulta, achando que meu peso era ótimo, com 68 quilos. =Hum, hum. = só me dei conta< de que não(.) De que podia ficar mais magra, depois de um período de muito estresse, em que eu emagreci 5 quilos(.) Nem foram 5, foram 3. E

E6	fez uma diferença tão grande, que eu realmente comecei a querer emagrecer, a querer ficar magra.

L53-80

E6	E aí eu achei o resultado fabuloso. (...) eu tomei um susto com aquilo. Porque tinha essa (x) essa profecia na minha cabeça, de que eu nunca ia ser magra. Achei o resultado fabuloso, isso era 96, e eu passei o primeiro semestre de 97 meio(.) com sintoma de anorexia, assim. Porque eu parei de comer intencionalmente. E cheguei a pesar 57 quilos. Aí eu não só(.) foi uma coisa >completamente<(.) louca mesmo, porque eu não comia, comia super pouco, cortei ↑tudo↓, exceto chocolate ((riso)). Comecei a fazer muita ginástica. Então, eu nadava e fazia hidroginástica. Fazia duas horas de ginástica por dia, ginástica aeróbica. Aí eu comecei a pesar 57.

Entrevista 8: *MI, 30 anos, pedagoga, peso: 60kg, estatura: 1,66m e IMC 21,8*

L1-10

E8	Hoje eu tô com(.) 60. (...) Eu já cheguei a pesar 72 quilos. Aí eu fiquei doida. Eu emagreci(.) até(.) 54 quilos. Mas eu queria sempre mais. Eu nunca tava satisfeita. Eu achei o máximo ter emagrecido esse tanto, eu queria só emagrecer. Aí eu comecei a tomar remédio, e tudo, cheguei a pesar 47 quilos. Eu quase que eu(.) entrei em anorexia, mesmo. Que eu não tinha vontade de comer nada. Era só emagrecer, emagrecer, emagrecer.

Gostaria de finalizar este texto chamando a atenção para outro paradoxo recorrente nas políticas públicas de promoção da saúde e nas falas de nossas interlocutoras, que diz respeito à responsabilidade de cada um por sua própria saúde. Ao mesmo tempo em que temos que nos sujeitar às políticas normativas de prevenção da obesidade, somos convidados a ser sujeitos autônomos em relação à nossa saúde. Cada vez mais, artigos científicos, reportagens em revistas e jornais nos incitam a rejuvenecer, a ser mais produtivos, saudáveis, esbeltos e felizes: numa palavra, "empresários de nós mesmos".

A racionalidade política de hoje sai do risco epidemiológico e da segurança territorial para perfis de risco individualizados. Ela propõe que gestionemos os riscos aos quais estamos submetidos, fazendo parcerias com seguradoras (as quais também nos incentivam a ser responsáveis pela prevenção e promoção da saúde), pois, assim, precisaremos e usufruiremos menos de tais serviços.

Espero que o texto tenha mobilizado a pensar o sujeito, não como produto de sistemas de saber e de poder, mas como aquele que se autoconstitui a partir de técnicas de si, em suas relações com as formações de saber e mecanismos de poder. Um sujeito com "atitude crítica" para reinventar limites e resistências aos mecanismos capilares do governo a partir de um exercício da liberdade que lhe permita interrogar a (falta de) autonomia na relação com seu corpo e com o "outro".

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al.. (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSI, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física Agita Brasil: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 2.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003a. Disponível em: http://sisvan.datasus.gov.br/documentos_sisvan/pnan.pdf. Acesso em: 01.02.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade*. Brasília, 2003b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/obesidade_2004.pdf. Acesso em: 07.02.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia global alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2004. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/documentos/eb_portugues.pdf. Acesso em: 01.07.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica n. 12 [obesidade]*. Brasília, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/doc_obesidade.pdf. Acesso em: 03.01.2008.

CASTIEL, Luis David. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. In: CASTIEL, Luis David. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 37-66.

FONSECA, Márcio. *Michel Foucault e o direito*. São Paulo: Max Limonad, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. Não ao sexo rei. In: Roberto Machado (Org). *Microfísica do poder*. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRAGA, Alex Branco. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados, 2006.

FRANCISCHI, Rachel et al.. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

GERGEN, Kergen. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985.

IBÁÑEZ, Tomás. O "giro lingüístico". In: IÑIGUEZ, Lupicínio. (org). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.

IÑIGUEZ, Lupicínio. La psicología social en la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: *Anais do XII Encontro Nacional da ABRAPSO*. Porto Alegre: PUC-RS, 2003.

JACOBY, Enrique. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 15, n. 4, p. 278-284, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p. 185-190, 2003.

REVISTA VEJA. *O agente da gordura: ganha força a hipótese de que uma das causas da obesidade pode ser um vírus*. São Paulo: Abril Cultural. 18 out. 2000.

ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. Political power beyond the State: problematics of government. *British Journal of Sociology*, v. 43, n. 2, p. 173-205, 1992.

ROSE, Nikolas. Governing. In: ROSE, Nikolas. *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge: University Press, 1999. p. 15-60.

ROSE, Nikolas. The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*. v. 18, n. 6, p. 1-30, 2001.

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 2004a.

SPINK, Mary Jane. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004b.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo: Cortez, 2004. p. 123-151.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic:* WHO Technical Report Series, 894. Geneva, 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf. Acesso em: 08.02.2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on diet, physical activity and health*. Fifty seventhy word health assembly, 2004. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Acesso em: 08.02.2008.

CONSELHOS PRIVADOS, ESCOLHAS E NOVAS FORMAS DE EXCLUSÃO: A OBESIDADE COMO METÁFORA CONTEMPORÂNEA[1]

Ivan Marcelo Gomes
Alexandre Fernandez Vaz
Selvino José Assmann

Se a explosão da obesidade continuar no mesmo ritmo, estima-se que, excetuados alguns países asiáticos e africanos (evidência da genética associada a hábitos alimentares), o mundo inteiro será obeso na metade do novo milênio.
(Cohen e Cunha, 2003)

A epígrafe acima ilustra um discurso recorrente em propostas que tematizam a educação do indivíduo saudável e que são veiculadas tanto pelas mídias quanto no espaço acadêmico. Essa forma de conselho contemporâneo apresenta, em seus relatos, elementos recorrentes como inatividade/atividade física, sedentarismo, alimentação saudável, *stress* e comportamentos preventivos. Dois dos principais personagens dessa preocupação, aqueles que demandam a intervenção direta preconizada nas propostas, são a obesidade e seu "portador", o obeso.

No presente trabalho, ocupamo-nos de ambos, obeso e obesidade, como metáforas dos tem-

[1] A pesquisa que deu origem ao texto contou com o apoio da CAPES, da UNIOESTE e do CNPq.

pos atuais. Em um plano mais geral, pretendemos, com a discussão de tais metáforas, fazer ver como elas podem contribuir para a compreensão da sociedade contemporânea, ressaltando aqui as articulações entre liberdade, políticas do corpo e exclusão social.

Para Zygmunt Bauman (2001), a ideia de mobilidade é importante para se compreenderem as distinções e estratificações da sociedade contemporânea. Bauman remete à figura do sedentário para ilustrar uma sensação de obsolescência frente à necessidade de movimento perpétuo presente na atualidade, a qual ele caracteriza como enfaticamente voltada ao consumo (p. 159).

Nesse sentido, a obesidade pode ser vista como uma espécie de metáfora dos indivíduos potencialmente excluídos da sociedade de consumidores. Se assim é, então é possível mostrar a figura do obeso como aquele que apresenta dificuldades em se movimentar com a leveza típica da atual fase moderna, a da sociedade dos consumidores. Em outras palavras, pensaremos a obesidade e o obeso como uma forma de arquétipo da metáfora do "vagabundo", utilizada por Bauman (1999a, 1998a).

Para o autor, o que na atual fase moderna possibilita visualizar a capacidade de ação individual, com sua acentuada estratificação, é o grau de *mobilidade* – entendida como a "*liberdade de escolher onde estar*" (BAUMAN, 1999a, p. 94). O vagabundo[2] é aquele sujeito empurrado pelas "for-

[2] Como contraponto ao vagabundo, o autor utiliza a metáfora do turista (BAUMAN, 1999a; 1998a).

ças" e "incertezas" da sociedade contemporânea, mesmo que não queira se mover, ou então, trata-se daquele que não possui as ferramentas necessárias para se movimentar quando deseja. Nas palavras do autor: "*[e]sses são os vagabundos, escuras luas errantes que refletem o brilho luminoso do sol dos turistas e seguindo placidamente a órbita dos planetas: são os mutantes da evolução pós-moderna, os rejeitos monstruosos da admirável espécie nova. Os vagabundos são o refugo de um mundo que se dedica ao serviço dos turistas*" (BAUMAN, 1999a, p. 101).

Os vagabundos são aqueles com "tremenda dificuldade" para se adequar à mobilidade exigida na sociedade contemporânea. As sempre novas experiências e sensações presentes na leveza da sociedade de consumidores são percebidas como um fardo ainda maior para aqueles que possuem um peso excessivo no próprio corpo, como atesta a fragilidade da mobilidade do vagabundo. Afinal, "*Quando além de gordo se é pobre, a dificuldade ganha peso*" (SANT'ANNA, 2001, p. 21).

Ao considerar a inspiração que nos oferece Bauman, focaremos a metáfora da obesidade e suas possibilidades em relação ao contemporâneo. Para tanto, retomaremos alguns argumentos dos conselheiros da saúde e contra a obesidade, para, logo após, tomarmos a questão da ciência e de certa moralidade como eixos que se entrecruzam para sustentar esses conselhos. Entrementes, trabalhamos com a contradição e a complementaridade entre excesso e leveza. Voltamos, logo a seguir, às metáforas, ao obeso e à obesidade.

A obesidade nos conselhos científicos e midiáticos

A obesidade e seus portadores tornam-se importantes como uma espécie de ícone dos conselhos saudáveis, visto que além dos recorrentes aparecimentos dessa questão nos discursos contemporâneos sobre saúde, identificamos a publicação de toda uma série de matérias sobre o tema, entre as quais despontam os livros[3]. A obesidade, segundo Nahas (1999, p. 5-6):

> se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura em nosso corpo, não necessariamente excesso de peso (que pode ser decorrente da massa muscular avantajada, como no caso de atletas). Tanto a ingestão excessiva de alimentos (e com alto teor de gordura), quanto o baixo nível de atividades físicas – características predominantes nas sociedades urbanas contemporâneas – contribuem para o acúmulo progressivo de energia na forma de tecido adiposo (gordura corporal).

As causas da obesidade são diversas, conforme apontam os especialistas. A alimentação excessiva e o sedentarismo – consequência das "*desvantagens tecnológicas no mundo atual*" (COHEN e CUNHA, 2004, p. 21) – são apontados como possíveis causas dessa condição. A família, principalmente naquelas onde os pais são obesos, também é apontada como um aspecto a ser considerado, tendo em vista que "*nessas famílias de obesos, há outro fator fundamental: a cultura de comer muito e não fazer atividade*

[3] O livro "*Obesidade*", escrito por Ricardo Cohen e Maria Rosária Cunha e o livro "*Obesidade, controle de peso e atividade física*", escrito por Markus Nahas ilustram esse tipo de conselho.

física [...]" (COHEN e CUNHA, 2004, p. 23). Aliado à questão familiar estariam, ainda, as causas genéticas da obesidade (COHEN e CUNHA, 2004, p. 22-23).

Outros fatores também são apontados, como doenças neurológicas, patologias endocrinológicas, ingestão de medicamentos, fatores psicogênicos. Cohen e Cunha afirmam que "*[h]oje, sabemos que a obesidade tem diversas causas, e não se deve culpar somente a falta de 'força de vontade'*" (2004, p. 20). E mais ainda, "[...] *não existe fator único que seja responsável pela obesidade.* [...] *Portanto, o tratamento da doença precisa ser multifatorial e multidisciplinar*" (2004, p. 25-26).

A identificação dos obesos também é descrita pelos conselheiros, frequentemente na forma de uma tipificação estatística. Existe um consenso entre os estudos científicos que subsidiam os conselhos apresentados no que tange à classificação dos índices de massa corporal (IMC). Segundo Cohen e Cunha (2004, p. 7), "*Também adaptado de estudos de seguradoras, o referencial mais aceito hoje pela comunidade científica é o cálculo do índice de massa corpórea (IMC). Ele corresponde ao peso da pessoa, em quilos, dividido por sua altura, em metros, elevada ao quadrado*". A partir desse respaldo científico, classificam-se os indivíduos de maneira que: "*[q]uando o resultado dessa divisão fica entre 19 e 25, diz-se que o indivíduo é normal. Entre 26 e 30, diz-se que há sobrepeso e, acima de 30, obesidade. É internacionalmente aceito que pessoas com IMC maior que 39 são obesas graves, ou obesas mórbidas*" (COHEN e CUNHA, 2004, p. 9). Nahas (1999, p. 41) lembra que "[a] [...] *OMS propõe que o IMC seja utilizado para determinar obesidade em grupos populacionais* [...]".

As classificações, geralmente, vêm acompanhadas de alertas aos indivíduos que estão nos padrões que escapam à normalidade científica ou deles se aproximam. Aliás, esses alertas são globais, na medida em que concomitantemente ao subsídio científico universalizante, existe também o aparato internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) que "*desde 1991* [...] *considera a obesidade uma doença, com dimensões assustadoras, sendo tão preocupante quanto a desnutrição.* [...] *No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde define a obesidade como 'doença do milênio'. Ela já é tida como primeira causa de morte evitável do mundo*" (COHEN e CUNHA, 2004, p. 9-10).

Nahas (2003) segue na mesma direção, embora salientando também que "*[m]ais do que uma questão estética, porém, o excesso de gordura corporal (sobrepeso e obesidade) é uma questão de saúde pública, reconhecida como uma doença e considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma 'epidemia de proporções mundiais*" (NAHAS, 1999, p. 3).

A apresentação da obesidade, a partir desses conselheiros da saúde, propicia elementos que subsidiam nossa elaboração da obesidade como uma metáfora contemporânea. Entendemos que tais conselhos se conectam, apresentando nuances, principalmente, sobre os focos e os tipos de intervenção, o que não significa distintas abordagens sobre o tema. A obesidade – e seus portadores – deve ser combatida baseando-se em justificativas que mesclam preocupações populacionais (a defesa da saúde pública) e individuais (a defesa do viver bem).

As propostas para a vida saudável, contidas em tais conselhos, se articulam na tarefa de subsidiar com informações e estratégias o indivíduo em busca de ponderação frente aos exageros modernos. Como tentamos argumentar, a obesidade e o sobrepeso inserem-se, como alvo, no combate aos excessos individuais vivenciados cotidianamente e que denotam escolhas equivocadas por parte de seus "portadores excessivos". A articulação entre excesso e leveza norteará nossas análises a seguir.

A leveza da modernidade e suas medidas excessivas

Bauman (2001, p. 75) comenta que na modernidade líquida a "[...] *infelicidade dos consumidores deriva do excesso e não da falta de escolha.*" Esse diagnóstico é elementar para interpretarmos as mudanças vivenciadas na modernidade e os consequentes temores e refugos vividos atualmente. Esse excesso contribui para que novas expectativas – novos ideais de felicidade – sejam criadas pelo indivíduo e em função dos seus contemporâneos. Esses indivíduos estão imersos no excesso, mas sabem da impossibilidade de usufruir todos os recursos à sua disposição. Ao mesmo tempo, permanecer demasiadamente em um único recurso pode gerar a sensação de atraso, de imobilidade. Por isso, o colecionador de sensações atual convive com a inquietude e a exigente tarefa de definição de prioridades em meio a uma "*economia política da incerteza*".

A leveza e os excessos produzidos globalmente exigem dos indivíduos soluções biográficas, como indica Ulrich Beck (1999). Interessa-nos o que diz o autor acerca das mudanças sociais contemporâneas que imprimem um novo cenário, no qual o indivíduo tem que assumir novas responsabilidades em virtude do declínio do poder decisório do Estado-Nação, por se acelerarem a difusão de modelos por meio da indústria cultural e suas formas de recepção, bem como os abismos decorrentes das formas de estratificação econômica na atualidade.

Essas características se assemelham ao diagnóstico de Bauman sobre a "modernidade líquida" ao comentar, por exemplo, em relação à passagem dos "grupos de referência" predeterminados à "comparação universal"; para o declínio da crença nas metanarrativas, bem como ao referir-se à desregulamentação e à privatização das tarefas e deveres modernizantes (BAUMAN, 2001).

Conectadas a tais mudanças de cenário, surgem novas dinâmicas das políticas sobre o corpo. A atual configuração do biopoder – para além (e com elas) de suas características fundantes apresentadas na abordagem foucaultiana – imprime novas formas de controle que podem ser sinalizadas por meio do modelo sinóptico. Uma nova disciplina é exercida biograficamente e que intensifica o que Ortega (2003) denomina bioidentidades, sendo essas novas formas de ascese corporal baseadas nos discursos de risco, difundidos por "conselheiros de saúde".

Os incessantes e contraditórios conselhos são buscados pelos indivíduos seduzidos, e que devem

cultivar a arte da leveza e da flexibilidade, envolvidos nessa supervisão exercida nos modelos oferecidos midiática e cientificamente, mas que, paradoxalmente, potencializa o autoexame do corpo. O *sinopticismo*, além dos diferentes modelos disponibilizados para o deleite individual, gera efeitos colaterais. Tais efeitos indesejados são características marcantes de um mundo que convive com riscos globais, que rompe com a linearidade e a sensação de ordem presente em períodos anteriores da modernidade. De certa forma, esta análise coincide com a atual exacerbação das ambivalências descritas por Bauman (1999).

Naquilo que Ulrich Beck apresenta como uma percepção pública dos riscos, Bauman alerta para a responsabilização individual das escolhas. Beck não negligencia o alerta de Bauman, mostrando também que com o processo de individualização crescente "[...] *as pessoas têm que encarar como destino pessoal o que antes era visto como destino de classe e atribuir sua falha a si mesmas*" (BECK, 1999, p. 265). De acordo com o autor, os riscos geram insegurança para os indivíduos, pois os defrontam com um espaço nebuloso entre as possibilidades de cálculo e o incalculável; desta maneira, permitem "[...] *livre acesso à subjetividade para opinar*, *supor*, *ter expectativas e esperanças e ter maus presságios*" (BECK, 1999, p. 265). Esse cenário permite que se ampliem os discursos e as práticas baseadas nos estilos de vida individuais.

Mas tal processo de individualização não significa que os indivíduos estejam desconectados ou imunes às mudanças sociais. Ao contrário, essas mudanças

imprimem o que Beck denomina de "globalização da vida individual", processo no qual as escolhas desempenham importante papel. Os indivíduos passam a ter acesso, por meio dos *mass media*, a informações e modelos provenientes de diferentes espaços que fogem às fronteiras do lugar em que vivem.

A partir daí, podemos pressupor que imagens e conhecimentos sobre a obesidade também se globalizam e passam a influenciar as decisões individuais, em diferentes espaços sociais, reforçando o modelo sinóptico. Valores culturais locais se entremeiam com modelos globais. Mas, percebemos que, no caso dos conselheiros apontados no presente trabalho, existe uma exacerbação dos conselhos científicos universalizados sobre a obesidade. Tais relatos denotam uma lógica imunitária que ressalta a batalha, aludindo à linguagem militar (SONTAG, 2002) contra o encurtamento da vida individual e, concomitantemente, uma defesa contra o endividamento estatal causado por corpos 'infectados' pela obesidade.

A preocupação com a obesidade é caracterizada nos conselhos científicos como um dos "efeitos colaterais indesejados" ocasionados pelo processo de modernização. A sociedade de consumidores disponibiliza diferentes oportunidades (mercadorias) que colaboram para a "criação" do obeso, ao mesmo tempo em que a obesidade é tratada como "doença" que deve ser combatida. Assim, novas mercadorias são oferecidas aos indivíduos para se prevenirem desses "riscos fabricados". Estes riscos são tratados, como dito anteriormente, nas esferas mundiais, como atesta a "*estratégia global da OMS*

– *Organização Mundial da Saúde – para dietas, atividade física e saúde*" que enfatiza o combate à obesidade e ao sobrepeso[4].

Caponi (2003), ao comentar o conceito de saúde presente na OMS[5] mostra que:

> [...] Acreditamos que a maior dificuldade deste conceito não se deva a seu caráter utópico e subjetivo, mas somente ao que pode resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e de exclusão de tudo aquilo que consideramos fora do normal, indesejado ou perigoso. A partir do momento em que se afirma o 'bem-estar' como valor (físico, psíquico e social), reconhece-se como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que em uma sociedade, e em momento histórico preciso, nós qualificamos de modo positivo (aquilo que produz ou deveria produzir uma sensação de bem-estar, aquilo que se inscreve no espaço da normalidade): a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos (CAPONI, 2003a, p. 130).

Novamente, é interessante observar que esses elementos globais, inscritos no espaço da normalidade, constam nos atuais discursos especializados da saúde. Vislumbramos, então, que a "caça às gorduras" e aos seus portadores não apresenta um porto seguro para esses inaptos. O risco da obesidade se torna público e globalizado.

---

[4] Para maiores informações, consultar a página da OMS, mais especificamente o http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/index.html.

[5] A Organização Mundial da Saúde conceitua saúde como "um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade" (OMS, 2005).

Lovisolo (1995) também caminha na mesma perspectiva, ao apresentar diferentes atores interessados na questão da obesidade como fator de risco, produzindo discursos que, entre si, podem se conectar em determinadas situações. O autor destaca entre esses atores sociais: o Estado, as empresas seguradoras, a indústria alimentícia e os especialistas da saúde. Lovisolo entende que nos discursos de tais atores se entremeiam argumentos técnicos e morais que se articulam com maior ou menor intensidade, em função dos contextos e vínculos nos quais estão inseridos. De uma forma sintética, podemos expor que valores utilitários, estéticos, técnicos, morais, elaborados a partir de diferentes instâncias sociais "corporificam" o que entendemos por obesidade, adjetivando-a de diferentes formas.

Compondo esse mosaico, entendemos que, em relação à obesidade e ao sobrepeso, existe um apelo estético a favor da "boa magreza" que, atrelado ao discurso médico da saúde, limita o quadro de escolhas. Ou, pelo menos, oferece riscos demasiados para os que optarem em não se "esforçar atleticamente" para obtenção de medidas "mais estreitas".

Joana Novaes (2006) – em relação às mulheres – comenta que a "[...] *gordura é representada como uma transgressão às regras de higiene, saúde e bem-viver, estando a mulher, mais uma vez, no centro do debate cruzado entre a estética e a saúde*" (p. 213). Fischler (1995), ao analisar a ambivalência do obeso na sociedade contemporânea, aponta que um dos fortes elementos constituintes do imaginário sobre a obesidade indica que "[...] *geralmente se está de acordo quando se diz que uma das características de*

nossa época é sua lipofobia [...] *sua rejeição quase maníaca à obesidade: 'A sociedade, como dizia o nutricionista Jean Trémolières, cria os obesos e não os tolera'* " (p. 69).

No entanto, mesmo para os indivíduos preocupados "em deixar de ser" ou "em não se tornarem" obesos, o aumento do volume de discursos contraditórios, principalmente no que se refere às fórmulas dietéticas, causa incertezas frente às estratégias de ação individual. Os riscos na área da saúde reforçam a responsabilização individual perante as opções feitas neste emaranhado de discursos sobre a vida.

Como já comentado neste tópico, a inquietude e a incerteza contribuem para a lógica da sociedade de consumidores. Segundo Bauman (2001, p. 75), "[...] *a mais custosa e irritante das tarefas que se pode pôr diante de um consumidor é a necessidade de estabelecer prioridades.* [...] *'Será que utilizei os meios à minha disposição da melhor maneira possível?'* [...]". Esta é, para Bauman (2001), uma das indagações que mais aterrorizam os consumidores contemporâneos e que não se limitam a meras decisões utilitárias.

Para o sociólogo polonês, a leveza da modernidade está conectada com a noção de um indivíduo apto. Aptidão no sentido da perpétua disposição para se adequar às mudanças e aos novos padrões colocados ao consumidor. Segundo o autor, "[o] *estado de 'aptidão'* [...] *é tudo menos 'sólido'; não pode, por sua natureza, ser fixado e circunscrito com qualquer precisão.* [...] *'Estar apto' significa ter um corpo flexível, absorvente e ajustável, pronto para viver sensações ainda não testadas e impossíveis de descrever de antemão*" (BAUMAN, 2001, p. 91).

Nesse sentido, a obesidade/sobrepeso e suas pequenas adjacências (as gorduras localizadas) constituem um dos focos de batalha individual para alcançar os intermináveis padrões de beleza enfrentados, cotidianamente, por meio das escolhas. Tais escolhas/batalhas podem ser articuladas com o adiamento da satisfação, ou ainda, a valorização das satisfações instantâneas (CAMPBELL, 2001).

Assim, apto não é o indivíduo que vence a batalha, mas aquele que está pronto para novas aventuras ou, em termos baumanianos, para colecionar novas sensações. Novos desejos, novas tecnologias e novos discursos "necessitam" de predisposição e a "impõem" ao não vivenciado. A aptidão é uma atitude perpétua numa sociedade de consumidores (BAUMAN, 2001).

Poulain (2004), de certa maneira, reforçou a mesma ideia da aptidão ao abordar a estigmatização do obeso nas atuais sociedades modernas, denominadas por ele de sociedades desenvolvidas. Em relação à estigmatização, afirmou que:

> [...] É no curso de interações sociais que o rótulo de 'excepcional' é atribuído a um indivíduo por outros indivíduos, considerados, estes, 'normais'. Esta etiqueta justifica então uma série de discriminações sociais, até mesmo a exclusão. A estigmatização torna-se um verdadeiro círculo vicioso, quando o obeso aceita e considera como normais os tratamentos discriminatórios que ele sofre e os preconceitos dos quais é vítima. Começa então uma depreciação pessoal que termina numa alteração da imagem de si [...] (POULAIN, 2004, p. 123).

O autor apontou ainda que o discurso médico contribui nesse processo ao "dar ares" de "neu-

tralidade" científica a essa depreciação vinculada também a outros aspectos sociais. Nas palavras do autor, "[a] *ideologia médica participa da justificação da 'rotulação' como desviante e contribui para a depreciação das pessoas obesas*" (POULAIN, 2004, p. 125).

Entendemos que tal depreciação não é exclusivamente destinada ao obeso, mas ele é vitimado com "maior peso", embora o sobrepeso receba uma fatia considerável dos alertas decorrentes de sua classificação. A depreciação se entrelaça com o exame minucioso a que os indivíduos se submetem, diariamente, na busca da aptidão; em outras palavras, na procura do corpo perfeito. Mesmo que os argumentos dos conselheiros analisados adotem, em determinadas passagens, uma postura contrária relacionada à obsessão pela perfeição corporal, entendemos que eles impulsionam um autoexame e uma depreciação em função dos seus ideais de como "viver bem e de forma saudável".

De certa maneira, as propostas antes citadas indicam que seus ideais de felicidade não são impossíveis. Nesse contexto, um outro alerta é lançado por Caponi (2003) ao frisar: "[...] *A tese de que a experiência do ser vivo inclui a doença, isso é, a ideia de que não existe saúde perfeita, nos fala da ilegitimidade destas políticas da saúde preocupadas em alcançar objetivos impossíveis; talvez descubramos que estas políticas estão mais próximas das estratégias de mercado do que dos efetivos programas de promoção da saúde* [...]" (p. 134).

As receitas para obtenção da felicidade por meio do corpo perfeito insistem na responsabilida-

de individual, de modo que, continuar magro, também exige um esforço contínuo em virtude das novas exigências constantemente criadas e sedutoramente reforçadas. "*A busca da 'aptidão' é como garimpar em busca de uma pedra preciosa que não podemos descrever até encontrar* [...]". Assim, Bauman (2001) remete ao tema para depois arrematar: "*[u]ma coisa que os que buscam a 'aptidão' sabem com certeza é que ainda não estão suficientemente aptos, e que devem continuar tentando. A busca da aptidão é um estado de autoexame minucioso, autorrecriminação e autodepreciação permanentes, e assim também de ansiedade contínua*" (p. 92-93).

Já a depreciação do obeso está vinculada a uma "anormalidade" difícil de extirpar, por isso os conselhos para intervenções cirúrgicas em casos considerados especiais. Dessa maneira, um esforço ainda mais intenso é necessário para que o obeso alcance o patamar da "normalidade". Mas, lembremos, a obesidade não é a única condição que impulsiona os indivíduos para intervenções cirúrgicas.

Estar acima do peso considerado normal – ou qualquer minúcia identificada na autoperitagem corpórea – pode resultar no aconselhamento e na decisão de escapar de uma exclusão social ocasionada pela feiúra. Traços que denunciem a velhice, a flacidez, a imobilidade, o excesso de peso, enfim, a carência de amor-próprio (SONTAG, 2002, p. 61) são interpretados, neste processo, como feios, "[...] *reiterando mais uma vez a máxima de que só é feio quem quer. Cria-se, com isso, uma massa de excluídos: aqueles que não despendem tempo para cuidar de si*" (NOVAES, 2006, p. 215).

De certa forma, isso contribui para entender o porquê de o sobrepeso ser um foco privilegiado nas propostas que articulam atividade física e vida saudável. Os indivíduos posicionados em tal faixa classificatória são percebidos como alvos potenciais, em virtude das possibilidades de aniquilamento privatizado de "suas estranhezas". Eles representam uma espécie de insensatez passível de correção. Uma margem ainda não poluída (LUPTON, 1999).

Autores como Poulain (2004), veem nessa situação, uma nova dimensão de transtornos cotidianos, podendo ocasionar uma "busca obsessiva da magreza" pelas mulheres: "[o] *risco é de passar da luta contra a obesidade para a luta contra o sobrepeso.* [...] *E para um grande número delas no ocidente*, '*estar de regime*', *e isso seja quais forem seus pesos reais*, *faz parte da condição normal da mulher.* [...] *Germov e Williams*, *num artigo provocativo*, *pensam que se existe uma epidemia (ou pandemia)*, *é antes uma 'epidemia de estar de regime*' " (POULAIN, 2004, p. 144).

Castiel e Diaz (2007) caracterizam essa situação como uma "*atmosfera conspiratória*" em que as ameaças se renovam constantemente. Tal contexto contribui para o que os autores denominam de "*saúde persecutória*". Por sua vez, Castro (2003), ao reforçar a importância dos conselheiros nesse processo de responsabilização, indica que os obesos são "pressionados moralmente", sendo acusados de falta de "controle de si". Para a autora:

> Os manuais de auto-ajuda, a mídia e os conselhos dos *experts* em saúde levam os indivíduos a acreditarem em que as imperfeições e defeitos corporais são resultados da negligência e ausência

> de cuidado de si. Com disciplina e boa vontade, qualquer um poderia alcançar uma aparência mais próxima do padrão de beleza vigente. Àqueles que não o alcançam é reservada a estigmatização, o desprezo e a falta de oportunidades (CASTRO, 2003, p. 72).

Mesmo que o conceito de beleza de um corpo humano tenha se modificado na história da arte e da cultura ocidental[6], e mesmo que se deva distinguir entre a beleza que nos suscita o desejo de posse e o que podemos considerar como belo prescindindo do mesmo desejo, quando falamos do ideal de beleza em uma sociedade de consumo, facilmente se vincula beleza com desejo.

Sabemos, hoje, que a busca por padrões de beleza corporal enfrentada por diferentes atores (entre eles, a indústria farmacêutica, cosmética, alimentícia, as editoras das revistas semanais, os autores de livros de autoajuda, os professores de educação física, entre outros) estimula mudanças nos próprios índices do que seja o indivíduo "normal".

A obesidade, ao ser entendida como fator de risco, imprime uma série de previsões futuras e alertas cotidianos. A própria classificação do que é estar com sobrepeso ou ser um obeso pode sofrer alterações em virtude de pesquisas científicas, como também, das mutações estéticas associadas a contextos sociais e interesses de mercado. Castiel (2003), ao abordar as estimativas de risco, diz que:

---

[6] Ver, por exemplo, ECO, Umberto (org.) *História da beleza*. Rio de Janeiro/S.Paulo: Ed. Record, 2004.

> [...] É imprescindível considerar também correspondentes aspectos morais, políticos e culturais. Em especial, cabe destacar a interface com a mídia e a 'indústria da ansiedade' (FORDE, 1998) – múltiplos riscos recebem atenção de programas de TV, de materiais de periódicos leigos e a consequente oferta de bens, produtos, serviços direcionados ao suposto controle/minimização de tais riscos (CASTIEL, 2003, p. 83).

O risco da obesidade permite que sejam elaborados discursos e propostas que miram o futuro. Como declara Paulo Vaz, "[...] *nossa sociedade é extremamente volátil, pois ela se move ao sabor das expectativas* [...]" (VAZ, 2001, p. 141). O presente é vivido como mapeamento de riscos que subjazem a limites da conduta cotidiana; dessa maneira, podemos compreender que as novas sensações disponibilizadas aos indivíduos em busca de aptidão também esclarecem os seus perigos.

Essa aposta futura, baseada numa limitação do presente, amplia as possibilidades, tanto do campo científico (BRÜSEKE, 2001), quanto de outros indivíduos e instituições envolvidos com a questão da obesidade, para propor distintos conselhos que propiciam, de forma geral, o fortalecimento da estigmatização, decorrente da estranheza gerada em função das tentativas de nomeação deste fator de risco.

Se existem tantos conselhos subsidiados pela racionalidade científica, não segui-los é visto pelos conselheiros como uma forma de falha moral, equívocos envolvendo os caminhos para o viver bem. Essas "vidas equivocadas" agregam ainda mais desconfiança quanto ao seu futuro. Afinal, para ser suspeito, basta

apresentar algumas particularidades definidas pelos especialistas da política-preventiva (CASTEL, 1981; 1986).

A obesidade e o sobrepeso – como fatores de risco – sentenciam no presente um futuro culpado, levando-se em consideração que a designação da fraqueza do caráter, dos indivíduos classificados fora dos padrões de normalidade, é uma característica desses aconselhamentos (CASTIEL e DIAZ, 2007). Essa inaptidão no exercício da liberdade de escolha retrata o transtorno a ser enfrentado em função de propostas que exibem o prolongamento e a manutenção da vida saudável como um fim[7].

Um outro aspecto se refere à ambivalência do consumo contemporâneo que não negligencia as diferentes "formas" individuais. Todo indivíduo é bem recebido na sociedade de consumo desde que se adapte à categoria de consumidor. Sendo assim, são disponibilizadas para os obesos, mercadorias

[7] A estigmatização dos obesos não significa que eles sejam totalmente "desnecessários" no mundo contemporâneo. Em alguns espaços, ser obeso não é um problema, como em determinados programas humorísticos (que utiliza a "silhueta obesa" para fazer rir) ou, como outro exemplo, nas lutas de sumô. Nestes espaços restritos, que contêm certo "exotismo", a obesidade constitui uma exigência. Claude Fischler, nesta direção, sustenta que os significados atribuídos às pessoas obesas estão vinculados a sua função social. Para o autor, a obesidade remete a uma violação "simbólica" das regras da divisão social (1995, p. 74). A contrapartida ocorre, justamente sob a forma de funções sociais que restituem o obeso à coletividade, como os "esportistas pesados", os humoristas ou os mascotes de tribos juvenis. Através destas posições, o obeso adquire formas de inserção social.

específicas nas "gôndolas do hipermercado contemporâneo". Os obesos e a obesidade tornaram-se mais uma fatia a ser explorada e devorada pela sociedade de consumo.

Essa possibilidade de movimento, embora lento, do obeso consumidor pode ser ilustrada com a seguinte afirmação retirada de uma entrevista concedida por uma consultora de eventos de moda (vestuário) a um *site* na internet[8]: "*[c]ada um cuida do seu [biotipo]*". Todos são "bem-vindos". Entretanto, a mesma consultora lista uma série de posturas e estilos indesejáveis. Esse tipo de conselho também foi observado em nossas análises, através de afirmações que transitavam em torno da mensagem: "*Quem gosta de si... se cuida [do estilo de vida]*".

Conselhos saudáveis: entre o cientificismo e o moralismo

Não restam dúvidas sobre a importância das escolhas individuais e sobre a *obrigatoriedade* de ter que optar na atualidade. Essas características da modernidade líquida (BAUMAN, 2001) têm como parceira a difusão de diferentes instâncias que colaboram para a ampliação do leque de escolhas e suas correspondentes contradições. Estamos nos referindo aos infindáveis conselheiros que oferecem informações aos indivíduos. No entanto, essas chegam

[8] Entrevista concedida por Flavia Viana ao *site* "brturbo.com.br", acessada em outubro de 2004.

de diferentes aconselhamentos, cujos interesses são também distintos, embora existam alianças dentro das relações estabelecidas socialmente. Há uma forte rede de entrelaçamento entre conselheiros, que se volta para a "qualidade de vida" e o "bem-estar".

No caso da obesidade, um dos principais conselhos é proveniente do discurso médico. Para Poulain (2004), "*os vínculos entre a alimentação e a saúde, mas também entre a alimentação e a doença, são utilizados pelo médico moderno.* [...] *Entretanto, a dietética moderna científica é atravessada por correntes teóricas divergentes e encontra-se largamente submetida a efeitos da moda, deixando o comedor num estado de relativa incredulidade*" (p. 107).

Essa passagem nos serve como ilustração da tensão que envolve os aconselhamentos relativos à obesidade. Embora exista uma difusão globalizada do combate a ela, não há um consenso sobre a temática: "[...] *Associações internacionais se encarregam de propagar os males do sedentarismo e os meios de comunicação são receptivos a essas declarações. Contudo, não são poucos os que relativizam o valor dos resultados das pesquisas, por razões metodológicas e teóricas* [...]" (LOVISOLO, 2002, p. 291).

Bauman (2001), em relação às diferentes formas de conselho, destaca que uma característica que os une é sua restrita área de atuação na esfera privada. Para o autor, os inumeráveis conselheiros transmitem o "[...] *que as pessoas aconselhadas podem fazer elas mesmas e para si próprias, cada um para si – não ao que podem realizar em conjunto para cada uma delas, se unirem forças*" (BAUMAN, 2001, p. 77).

Os esforços que os obesos devem travar para se livrar do "mal que os acompanha" são árduos, mas restritos à sua própria ação. O combate à estranheza se concentra no próprio indivíduo ou, como denomina Bauman, é o processo de privatização da ambivalência. Atrelado a um conflito de conselhos (científicos, estéticos, mercadológicos, entre outros), coexiste uma outra espécie de conselho privado em relação à obesidade, de ordem moral. O obeso parece vincular-se a um "incômodo social" que ganha contornos e respostas nas políticas públicas, nas práticas pedagógicas escolares e até nas microrrelações cotidianas.

Como mostra Poulain (2004, p. 145), "[...] *as fraquezas do nível de prova e de argumentação científica fazem com que muito freqüentemente se misturem, no discurso medicalizado sobre a obesidade, conhecimentos científicos e representações morais*". Lovisolo contribui com esta argumentação ao descrever a "moral do autocontrole" enunciada para os obesos: "[o] *valor da 'mente' ou 'consciência' ou 'superego' em controlar os impulsos (pelos alimentos, estimulantes e inatividade) dos corpos*" (LOVISOLO, 1997, p. 13).

Fischler (1995) aponta na mesma direção ao analisar o imaginário sobre a obesidade: "[...] *eles são gordos, pensa-se, porque comem muito e são incapazes de se controlar. De maneira implícita, é, portanto, um julgamento moral que frequentemente se carrega contra eles*" (p. 73). A "perversão moral" dos obesos é combatida pelos conselheiros do corpo saudável como uma missão, sendo "[...] *difícil distingui-la das missões religiosas ou dos movimentos moralizantes*" (LOVISOLO, 1995, p. 126).

Esse discurso moral da saúde é entremeado por apelos científicos e estéticos que se coadunam com a "privatização da ambivalência" presente na sociedade de consumidores. Como acentua Novaes:

> Problemas com a má aparência e, certamente, a gordura, figuram entre os piores tipos de desleixo com o corpo, sendo concebidos como transgressão moral, traduzindo um modo inadequado de relacionamento com o corpo, no qual estão excluídos os exercícios físicos regulares, esforço, disciplina, persistência, obstinação e auto-estima. Aos poucos, a obesidade assume um lugar de diferenciação, chegando aos dias atuais como uma das mais radicais formas de exclusão [...] (NOVAES, 2006, p. 29).

A ênfase nos projetos pessoais – na política-vida presente, na abordagem de Anthony Giddens (2002), atrelada ao declínio de instituições clássicas da modernidade clássica, gera uma antipatia pelos indivíduos considerados inaptos nesta tarefa da boa aparência (NOVAES, 2006). Essa antipatia pode ser presenciada nos olhares cotidianos, como também nos espaços considerados de cura desta moléstia. Ao comparar o atendimento a pacientes anoréxicas em relação às obesas, Novaes (2006) mostra que:

> Notamos também que no discurso médico a imagem corporal da fragilidade das pacientes anoréxicas despertava um sentimento de solidariedade nesses profissionais. O contrário foi constatado no caso das pacientes obesas, cujo sofrimento não era bem acolhido pelos mesmos. A discriminação ficava explícita na expressão facial que alguns médicos deixavam escapar ao reportarem alguns casos clínicos [...] Na obesidade, o sujeito

> é interpretado como sendo responsável por sua condição, faltando-lhe a força de vontade e o investimento necessário para reverter essa situação [...] (Novaes, 2006, p. 193).

A obesidade e os obesos trazem consigo imagens e significações sociais que as conectam com um lado pesado e lento, em contraste com a leveza e a velocidade do mundo contemporâneo. Ser obeso significa, também, ser inapto e descuidado. Em outros termos, parece que os obesos são aqueles que foram nomeados pelos "normais", como o que deve ser extirpado das imagens cotidianas estetizadas, para que o mundo se torne mais belo e harmônico.

Como mostram Heller e Fehér (1995), o valor moral positivo das normas saudáveis reforça os "equívocos cometidos pelos obesos". Assim, tornar-se obeso, além de expor uma marca corporal que denuncia a "vida insana" dos portadores (GÓMEZ, 1999), anuncia temores que circulam na atualidade em relação aos seus excessos. A utopia da saúde perfeita, corrente na atualidade, traz consigo a cruzada contra a obesidade e o sobrepeso:

> A obsessão pelas dietas, a compulsão pela malhação, a fobia do colesterol, a obstinação por 'condutas saudáveis' e aprovadas pela medicina, a medicação de qualquer transtorno somático são exemplos, entre outros, apenas superficiais desta utopia – a palavra-chave dessa busca é a compulsão individual e não, como antigamente, um diálogo, uma superação ou uma reafirmação da tradição. O lado velado desse complexo de comportamentos é uma moralidade ou visão do homem – o que, aliás, apenas reafirma o fato de que toda e

> qualquer utopia guarda consigo uma moralidade – a qual radicaliza, de uma maneira bem singular, o valor supremo da modernidade: o individualismo [...] (PERRUSI, 2001, p. 02).

Para utilizarmos a abordagem baumaniana, este fenômeno remete à compulsão que é transformada em vício: "*[p]rocurar exemplos, conselho e orientação é um vício: quanto mais se procura, mais se precisa e mais se sofre quando privado de novas doses da droga procurada* [...]" (BAUMAN, 2001, p. 85). A incessante busca articulada à entrada das "sempre renovadas" receitas atormenta e, ao mesmo tempo, instiga o consumidor. Se "[...] *o código em que nossa 'política de vida' está escrito deriva da pragmática do comprar*" (BAUMAN, 2001, p. 87), então os inaptos dessa sociedade têm um fardo a carregar que se expressa nas ações relacionadas aos seus corpos.

A obesidade e o obeso como metáforas contemporâneas

A busca por ponderação transitou nos conselhos analisados neste texto. Essa insistente recomendação tem como uma de suas causas a avaliação dos especialistas da vida saudável sobre os excessos alavancados pela modernidade e que incitam os indivíduos a conviverem com vícios que podem torná-los insanos, moralmente incorretos.

Recorrendo a tais análises, identificamos uma conexão desses argumentos com os de Zygmunt Bauman, quando este se refere às formas de exclusão social presentes na modernidade. O autor

apresenta diferentes imagens para falar daqueles indivíduos "sobreviventes" nas camadas desprivilegiadas do mundo moderno e que são vistos pelos "de dentro", os incluídos socialmente, como a escória da humanidade.

Ele referiu-se aos "estranhos" para designar, por exemplo, os judeus (as ervas daninhas) na sociedade nazista (BAUMAN, 1998); chamou de "refugo humano" aos moradores dos hiper-guetos das metrópoles atuais, bem como os refugiados (os sem Estado) (BAUMAN, 2005); também denominou de "vagabundos" aqueles que são arrastados pelo constante movimento da sociedade de consumo (BAUMAN, 1998a; 1999a).

Queremos contribuir com essas análises, indicando a obesidade (e o obeso) como mais uma dessas metáforas contemporâneas. Não estamos negligenciando as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos com graus acentuados de peso corporal, nem mesmo entramos no mérito sobre a validade dos problemas elencados pelos especialistas da saúde sobre a referida condição. Concordamos com Sontag (2002), quando ela explicou a interpretação que fez da doença: "*não pretendo abordar a doença física em si, mas o uso da doença como um símbolo ou metáfora*" (p. 7).

A obesidade como metáfora parece indicar, em um primeiro momento, uma distância em relação às doenças analisadas pela autora – a tuberculose e o câncer – dada a visibilidade proporcionada por tal condição. Mas se nos remetermos aos constantes alertas da obesidade como fatores de risco, veremos que essa invisibilidade se dinamiza. Por estarem presentes nas propostas discursivas, os fatores de risco

contribuem para fortificar imagens da obesidade que extrapolam sua condição física, clínica.

A obesidade é considerada pelos conselheiros científicos em termos multicausais – tanto no que se atribui às suas origens, quanto em relação às suas possíveis consequências. Aqueles afirmam a dificuldade em se atribuir determinadas verdades – embora as façam em suas propostas – sobre os reais vínculos entre a obesidade e determinadas doenças. Conforme Susan Sontag:

> Qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e o tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação. Primeiro, os objetos do medo mais profundo [...] são identificados com a doença. A própria doença torna-se uma metáfora. Então, em nome da doença (isto é, usando-a como metáfora), aquele horror é imposto a outras coisas. A doença passa a adjetivar. Diz-se que isto ou aquilo se parece com a doença, com o significado de que é nojento ou feio [...] (SONTAG, 2002, p. 76).

A doença como metáfora é então projetada no mundo. Nesse sentido, o obeso (e a obesidade) constitui uma espécie de modelo sinóptico às avessas. Uma imagem que não causa admiração, mas horror.

Além dessa inversão das consequências sinópticas, a obesidade e o sobrepeso entram em cena na atualidade como alvos dos *experts* e seus discursos de verdade sobre a vida. Propiciam, como tentamos demonstrar, focos de intervenção em prol da vida saudável e um modo – negativo – de subjetivação (RABINOW e ROSE, 2006), como descrito no modelo sinóptico.

Novamente, podemos expressar que o obeso e/ou a obesidade representam o ícone deste desequilíbrio, se entendermos que eles romperam exageradamente as fronteiras (classificações) do que é aceito como uma situação de normalidade. O sobrepeso carrega paradoxalmente a esperança e o temor dos conselheiros, por expressarem uma forma nebulosa que necessita de reequilíbrio, por meio de condutas vistas como naturais (um bom exemplo é a prática regular de atividade física).

Articulando à imagem do obeso, entendemos que os indivíduos com sobrepeso tornam-se um foco privilegiado das políticas sobre o corpo, na medida em que ainda não avançaram adiante pela fronteira, podendo restabelecer o equilíbrio – a ordem, a clareza - vinculado aos padrões de normalidade.

O obeso é apresentado como aquele que não soube ser livre e flexível – não foi capaz de se desprender dos excessos contemporâneos. Entendemos, assim, que a obesidade remete à ideia de lentidão e peso, sendo essas características que se distinguem da fluidez atual. Sant'Anna (2001), ao descrever a velocidade contemporânea, alega que isso "[...] *cria novas lentidões como se estas fossem somente seus opostos*, *todo o peso material tende a ser percebido como mero obstáculo a ser ultrapassado*, *aniquilado. O peso do corpo é um deles* [...]" (p. 19). A obesidade pode representar um empecilho à mobilidade.

Entendemos, no entanto, que tal condição está além das propaladas limitações físicas e clínicas. A obesidade como metáfora permite pensarmos a inadequação ao belo, numa sociedade em que a beleza significa disposição para se adequar às novidades.

Podemos dizer que o obeso não consegue ser líquido e, por ser assim, parece estático, imóvel, consequentemente, feio. A liquidez, mais que uma constatação, é um imperativo.

O obeso e a obesidade lembram também os pesadelos noturnos que os consumidores aptos temem que possam se concretizar. O obeso parece ser aquela figura a nos relembrar todos os dias que devemos diuturnamente nos esforçar para não ficarmos como ele. Nesses termos, o obeso é aquela espécie de mal necessário, da mesma forma que o vagabundo o é para o turista, dentro das análises de Bauman (1999a).

Assim, o obeso é quem deve ser expurgado do nosso dia a dia, pois atrapalha a velocidade cotidiana, torna menos belos os programas televisivos, entre outras imagens degenerativas. Ao mesmo tempo, ele serve como exemplo de inadequação, da falta de iniciativa, mas também lembra aquela forma grotesca que serve de inspiração para piadas infantis ou para transmitirmos momentos de riso a um colega através de mais uma imagem "hilária" enviada pela internet. É "[...] *como se os gordos precisassem compensar o peso do próprio corpo, sendo fiéis produtores de alegria e de consolo* [...]" (SANT'ANNA, 2001, p. 21).

Fischler (1995) fala de uma suspeita em relação aos obesos que os tornam ambivalentes, enfatizando que em alguns espaços ou em algumas situações o obeso é "bem-vindo". A obesidade como metáfora, como abordada nesta análise, proporciona uma relação menos receptiva ao obeso na atualidade. Reconhecemos os espaços destacados pela autora, mas nos parece que a ênfase dada na

contemporaneidade, principalmente referente aos discursos da área da saúde que promovem o corpo saudável, instiga uma cruzada contra tais "excessos", essas ambivalências privatizadas.

Como analisado anteriormente, a obesidade deve ser expurgada do âmbito privado; no entanto, existe uma "eficácia pública" da figura do obeso como aviso: a lembrança dos vagabundos. Vale ainda salientar como uma situação tipicamente moderna: quanto mais tentamos extirpar as ambivalências, mais elas são criadas. A "cruzada" contra a obesidade gera sempre novos estranhos a serem combatidos. Na atualidade podemos traduzir tal ação como: "combate a ti mesmo!".

Não podemos esquecer que os índices das pesquisas acerca dela não diminuem, até porque, dentre outros motivos, novos conselhos e medidas são criados, gerando, assim, novos sujeitos em "condição de risco à saúde". Por fim, fica a sensação de que a cruzada contra a obesidade tende a aumentar, seja através das batalhas científicas e mercantis, seja através dos apelos morais.

Referências

BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BAUMAN, Z. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a.

BAUMAN, Z. *Modernidade e holocausto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

BAUMAN, Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECK, U. *O que é globalização?* São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BRUSEKE, F. J. *A técnica e os riscos da modernidade*. Florianópolis: UFSC, 2001.

CAMPBELL, C. *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M., PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (orgs). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2003. p. 115-136.

CASTEL, R. La gestión preventiva. In: CASTEL, R. *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama, 1981. p. 121-162.

CASTEL, R. De la peligrosidad al riesgo. In: WRIGHT MILLS, C., FOUCAULT, M., POLLAK, M. et al. *Materiales de sociologia critica*. Madrid: Ediciones de la piqueta, 1986. p. 219-243.

CASTIEL, L.D. Quem vive mais morre menos?: estilos de riscos e promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M., PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (orgs) *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2003. p. 79-97.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTRO, A.L. *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. São Paulo: Annablume, 2003.

COHEN, R.; CUNHA, M.R. *A obesidade*. São Paulo: Publifolha, 2004.

ECO, U. (org). *História da beleza*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2004.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D.B. (org). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOMES, I. M. *Conselheiros modernos: propostas para a educação do indivíduo saudável*. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008. 222p.

GÓMEZ, Z.P. *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Corcas, 1999.

HELLER, A.; FEHÉR, F. *Biopolítica: la modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Península, 1995.

LOVISOLO, H. *Estética, esporte e educação física*. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

LOVISOLO, H. Atividade física e saúde: uma agenda sociológica de pesquisa. In: SIMÕES, R.; MOREIRA, W.W. (org). *Esporte como fator de qualidade de vida*. Piracicaba: Unimep, 2002. p. 277-296.

LOVISOLO, H. Esporte e movimento pela saúde: notas de pesquisa. In: LOVISOLO, H. *Educação Física: arte da mediação*. Rio de Janeiro: Sprint, 1995. p. 109-132.

LUPTON, D. Risk and culture. In: LUPTON, D. *Risk*. London: Routledge, 1999. p. 36-57.

NAHAS, M.V. Experiências de organizações sociais em programas de saúde e lazer por meio de atividades físicas e esportes. In: *Seminário Internacional VidAtiva e ação comunitária*. SESC/SP, novembro de 2005. Disponível em: http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/224.rtf. Acesso em: 20 out. 2007.

NAHAS, M.V. *Obesidade, controle de peso e atividade física*. Londrina: Midiograf, 1999.

NOVAES, J.V. *O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: PUC-RJ/Garamond, 2006.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p.59-77, 2003.

PERRUSI, A. Utopia da saúde perfeita: a nova ideologia do corpo na modernidade. *Caos: Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n. 3, 2001. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/caos/03-perrusi.html.

POULAIN, J.P. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: UFSC, 2004.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*. v. 22, n. 24, p.25-57, 2006.

SANT'ANNA, D.B. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporâ*nea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

VAZ, P. O futuro da genética. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F. (orgs.) *Nas fronteiras do contemporâneo: território, identidade, arte, moda, corpo e mídia*. Rio de Janeiro: Mauad: FUJB, 2001. p. 137-146.

OBESIDADE E POBREZA NA IMPRENSA: EPIDEMIOLOGIA DE UMA QUESTÃO SOCIAL

Mônica Carvalho

INTRODUÇÃO

Este ensaio é uma síntese de minha tese de doutorado, defendida na Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CARVALHO, 2007a). O objetivo principal do trabalho foi analisar como o *nexo entre obesidade e pobreza* se apresentava na imprensa, particularmente no maior veículo impresso diário de informação do Brasil, o jornal Folha de São Paulo. Esta questão se produziu quando a mídia passou a dar cada vez mais destaque a estudos epidemiológicos que alertavam sobre o aumento da obesidade no Brasil, em especial, entre os indivíduos mais pobres.

O tema da pobreza relacionado à obesidade na mídia anuncia o lugar a partir do qual a questão social é observada. Embora a segunda venha sendo prioritariamente definida como doença, eu a privilegiei como questão social, e não "apenas" como "questão de saúde".

A pergunta sobre como se dava tal conexão na imprensa era menos restritiva do que podia parecer, na medida em que o *como* tinha valor circunstancial, delimitado por um universo de produção de sentidos relacionado aos campos jornalístico, político e sanitário no Brasil. Além disso, a abordagem *incitava*

uma dinâmica societária de controle dos riscos. Tal dinâmica é uma espécie de modelo de "calibragem" do social, via práticas individuais, que concebe o risco como uma consequência das escolhas pessoais acerca do estilo de vida, enfatizando a importância do controle sobre si mesmo.

Contudo, num cenário em que se apresentava a precariedade das condições de vida coletiva, a escolha pessoal, paradoxalmente, vinha sendo colocada em xeque. Afinal, trata-se de uma *gordura da escassez* – de nutrientes ou de certos tipos de alimentos, devido mais à falta de recursos para seu consumo, do que de conhecimentos sobre o que é "bom" ou "saudável" – e, sobretudo, de uma escassez de opções, num contexto em que a possibilidade de escolha é condição *sine qua non* para o "bom" funcionamento dessa mesma dinâmica social de controle dos riscos.

Ao mesmo tempo em que os meios de comunicação se colocavam na interface do indivíduo consigo mesmo para o autoentendimento e o cuidado de si, entrava em cena a pobreza, um problema social que atravessava essa dinâmica social, baseada na responsabilização, na culpabilização e na capacidade individual de gerência sobre si.

A relação entre obesidade e pobreza constituiu o critério para a escolha das 65 peças da Folha de São Paulo (FSP), de 1996 a 2005. A partir da análise desse material observei que o par obesidade/pobreza demonstrou ser, sobretudo, um tema político, num cenário onde as disputas discursivas de tal ordem, acerca do papel do Estado, conduziam à formação do neoliberalismo no campo público brasileiro.

DIMENSÃO TEÓRICA

A partir da segunda metade do século XX, o risco tornou-se um conceito cultural e político central e, por ele, indivíduos, grupos sociais e instituições são organizados, monitorados e regulados. Ele evoca uma série de questões que envolvem propostas políticas e ações públicas e privadas em todos os setores, em especial na área de saúde.

Assim, quando se propõe discutir acerca do risco, observa-se o contexto sociocultural a partir do qual ele é compreendido e negociado. Logo, o risco não será visto aqui como um dado ou algo que tenha uma realidade em si, já que ele não é visto como inteiramente objetivo ou cognoscível, fora dos sistemas de crença e posições morais.

Portanto, o que se identifica, mensura-se e se pode gerir, enquanto risco nas sociedades contemporâneas, acontece sempre através do conhecimento e de discursos pré-existentes, aplicáveis a certos contextos socioculturais. Particularmente na saúde pública, o sentido de risco que aqui se destaca é o de uma imposição *internalizada*, a partir da qual as autoridades estabelecem discursos, políticas e ações em saúde, que exortam as pessoas a avaliarem seu risco individual de adoecerem e, a partir daí, a mudarem seus comportamentos, de acordo com esse mesmo risco (Lupton, 1995).

Embora Foucault nunca tenha discutido acerca da questão do risco, suas ideias sobre as relações entre o poder e o saber na modernidade, a emergência do *biopoder* enquanto estratégia e tecnologia de gerência das populações e a noção de *governamen-*

talidade, criaram as bases para que diversos teóricos pensassem o risco como atual modelo de uma ordem "pós-disciplinar"[1]. Essa ordem pressupõe a constituição de poderes e saberes que partem numa direção contrária ao intervencionismo de bem-estar e atendem às demandas de uma racionalidade neoliberal, que visa a construir um "sistema perfeito de prevenção", capaz de dispensar tanto a repressão quanto a assistência (CASTEL, 1991). Isso leva a um tipo de governo que se faz a distância, em que cada indivíduo se torna parceiro ativo do Estado, pelo exercício de sua liberdade e responsabilidade, e pela conquista de seu bem-estar (ROSE, 2001).

Nesse sentido, a noção de risco que se discute neste ensaio inscreve-se como um modelo *produtivo* de exercício do poder (FOUCAULT, 1998a). Enquanto tal, ele promove discursos nos meios de comunicação de massa; estabelece modos de lidar com o corpo pelas ciências biomédicas; cria políticas de saúde e outros mais. Esse modelo também produz e reproduz saberes que promovem e se promovem na gerência sobre si, na responsabilidade pessoal e culpabilização dos indivíduos pelos próprios sucessos e insucessos pessoais.

Além disso, tem por base uma série de "verdades" sobre a vida em sociedade, pelas quais os indivíduos devem orientar-se, constituindo-se uma nova pedagogia: a do *auto[-]didatismo*, que se fundamenta na disponibilização ou oferta de informações e co-

[1] Dentre eles, os mais significativos para nossa discussão sobre o risco foram Nikolas Rose, Deborah Lupton, Robert Castel, Paulo Vaz, Pat O'Malley, François Ewald.

nhecimentos sobre o indivíduo, em todos os aspectos de sua vida. Contudo, além de formas de um poder produtivo, os aspectos acima constituem-se *estratégias econômicas* de uma racionalidade política, na qual o Estado assume o papel de facilitador do acesso individual a ferramentas de auto[-]gestão, dentre as quais se destacam os *dispositivos de informação*.

Dessa forma, vê-se a identificação entre as políticas neoliberais e a exacerbação da ideia de responsabilidade individual, hoje fundamental, para que se possa formular e promover estratégias de controle dos riscos. Essas políticas passaram a ficar mais evidentes a partir do final da década de 1970, em certos países industrializados. O princípio era: quanto menos governasse, melhor seria o governo, de modo que o papel de provedor do bem-estar dos indivíduos, outrora atribuído ao Estado, seria substituído pelo papel de *viabilizador* do autogoverno. Logo, "apenas atores econômicos individuais" podem ter as informações que nos habilitam a fazer os melhores julgamentos sobre os possíveis riscos, no sentido de guiar nossas condutas e ficar livres para realizar as escolhas segundo "as leis naturais do mercado", de um lado, e a "natureza humana", de outro (ROSE, 1999, p. 139).

Segundo Foucault (1998b), na modernidade, a governamentalidade apresenta as populações como objeto e finalidade da gestão de governo, a economia, seu principal saber, e os dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. A partir dessa concepção, destaca-se o que pode ser pensado como o atual modelo de governo nas sociedades industrializadas ou "desenvolvidas", e de parte das que lhes seguem

os modelos, consideradas "em desenvolvimento". É assim que, hoje, os *dispositivos de informação* representariam estratégias governamentais privilegiadas, na medida em que observamos uma governamentalidade que dá ênfase a uma *economia de gestão dos riscos*, na qual, para o melhor funcionamento desse modelo e sua consequente eficácia, as estratégias de governo passam a tratar o *indivíduo* como objeto.

Tais estratégias estão centradas em dispositivos de informação, a partir da mídia e das novas tecnologias de informação e comunicação. Elas promovem o acesso, acúmulo e operacionalização do conhecimento necessário à identificação, mensuração, distribuição e valoração dos riscos, além de sua publicidade e divulgação repetitivas, para que tal conhecimento seja oferecido como informação, oriente os indivíduos em suas escolhas e sirva de "apoio" às tomadas de decisões pessoais e engajamento voluntário de esquiva, em relação aos riscos. Isto possibilita à economia tornar-se a finalidade do Governo, enquanto o risco é sustentado sobre uma racionalidade política neoliberal.

O termo *dispositivo de informação*, tal como propus na tese, origina-se da noção de *aparato* de Foucault. Para além de ferramenta ou dispositivo, o aparato seria um conjunto heterogêneo de elementos que formam uma rede comum, composto por discursos, instituições, modelos arquitetônicos, decisões políticas, leis, medidas administrativas, argumentos científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas, enfim, o dito e o não dito. Sua função é definir e regular os alvos constituídos através de uma economia mista de poder e saber (RABINOW e ROSE, 2003).

No que concerne aos dispositivos de informação, trata-se de todos os elementos tecnológicos, institucionais, administrativos e afins, que têm como objetivo primeiro coletar, registrar, acumular, produzir e reproduzir dados, informações e saberes, e viabilizar sua distribuição e acesso por todos, visando à administração econômica da vida.

Nesta investigação, a importância dos dispositivos de informação, principalmente o das práticas jornalísticas, foi fundamental. Na proposta de um modelo de governo para além do Estado, característica neoliberal, a presença de um Estado mínimo pressupõe que os indivíduos tenham capacidade de se autogovernar e que, a partir da liberdade e do engajamento pessoal, assumam essas escolhas e arquem com o resultado delas. Para isso, é necessário que tais indivíduos sejam educados, conhecedores, racionais e bem informados. Portanto, passa a ser no âmbito da informação que o *governo* se realiza com mais ênfase, já que o Estado, visto como viabilizador, tem por função imediata tornar as informações acessíveis aos cidadãos. Ressalte-se que o Estado não se restringe às instâncias formais de poder estatal, como Foucault anunciou, e a informação necessária à realização de escolhas individuais circula, independentemente, das políticas aprovadas e implementadas por essas mesmas instâncias.

No âmbito da saúde pública, as políticas se apoiam prioritariamente em campanhas que, via mídias, informam os indivíduos sobre possíveis riscos, de modo a orientar suas escolhas e, assim, realizar um governo a distância. Os dispositivos de informação tornam o risco conhecido e apresentam as técnicas

de controle. Neste contexto, diante de um indivíduo em relação ao qual se supõe que saiba a respeito do risco para si mesmo e para os outros, que sabe como evitá-lo e que, ainda assim se arrisca, de que modo ele passa a ser percebido?

Isso dá margem a atitudes como a do médico que não trata dos fumantes (LUPTON, 1995). Também sugere, por exemplo, que um fumante, ao comprar cigarros e ver a imagem de um paciente terminal no pacote, teoricamente perderia o direito de acionar a empresa de cigarros por danos causados. Desse modo, além de serem uma rede propiciadora dos sistemas de autoproteção, os *dispositivos de informação protegem o próprio Estado e as empresas* dos gastos indesejáveis e da responsabilidade, já que é nas escolhas dos indivíduos que passam a inscrever-se seus direitos e deveres.

Ainda na saúde pública, predomina, atualmente, um modelo que destaca ações preventivas de autocuidado em detrimento de intervenções médicas, e focaliza-se no que hoje é chamado de *promoção da saúde*. A promoção da saúde refere-se às atividades direcionadas para fins específicos, com foco na "administração racional da saúde das populações", daí a ênfase no planeamento e na coordenação, na estimativa das necessidades, na consulta a indivíduos e grupos, de modo a guiar e avaliar programas. Tal administração racional da saúde das populações envolve a promoção da "saúde positiva", pois, mais que o tratamento de doenças, seu principal objetivo seria a prevenção, com o apoio dos meios de comunicação de massa e do trabalho junto das comunidades, para a promoção de atitudes e ambientes mais

saudáveis. Para alguns pesquisadores da promoção da saúde isto envolve uma crença na capacidade das mídias moldarem percepções e comportamentos em saúde (MORTON e DUCK, 2001).

A promoção da saúde envolve práticas não restritas aos lugares especializados e voltados para a saúde-doença; estende-se à maior parte dos espaços sociais e urbanos existentes, tais como escolas, empresas, centros comerciais e tantos outros. Também não se restringe aos que estão doentes, mas visa a todos os indivíduos em todos os níveis da população. A partir dessa concepção, percebe-se também que muitas *questões sociais acabaram por tornar-se questões de saúde* e, enquanto tais, passaram a ser incluídas nas estratégias de promoção da saúde. Desse modo, vê-se que ocorreu a mudança de uma visão de doença/saúde causada por um agente infeccioso, para outra visão de doença/saúde como produto social e sintoma patológico da civilização.

Entretanto, nota-se que tais alterações passadas no campo da saúde pública dialogavam com os acontecimentos político-econômicos e com os valores e racionalidades ligados ao contexto no qual ocorriam, gerando respectivas políticas de saúde. Foi nesse âmbito que surgiu o conceito de *transição epidemiológica*, que se refere a um aumento de doenças crônico-degenerativas, em paralelo com a diminuição das doenças infecciosas nas populações. Com a transição epidemiológica, deve-se ressaltar que as condições de vida nas sociedades industrializadas teriam sido determinantes para o aumento da morbidade e da mortalidade das doenças crônicas nessas mesmas sociedades.

A observação levou a uma série de estudos em saúde pública sobre os fatores de risco de tais doenças, que davam cada vez mais ênfase ao fato de que, apesar de todos os esforços e conquistas clínicas e farmacêuticas realizadas no século XX, a expectativa de vida não teria aumentado, proporcionalmente, em relação a essas mesmas conquistas. Já em 1958, um artigo na revista *Fortune* afirmava que, em 1950 vivia-se "apenas" (sic) quatro anos a mais que em 1900, constatação que impulsionava cada vez mais os estudos sobre os fatores de risco ligados às doenças crônicas do coração – maiores causadoras de morte naquela época –, em especial os fatores ambientais, associados, em grande parte, ao estilo de vida dos doentes (ARONOWITZ, 1998).

OBESIDADE E POBREZA: ESTUDO DE CASO

O nexo obesidade/pobreza norteou a escolha e a seleção do material da mídia, assim como estabeleceu os critérios e os níveis de categorias para a análise das matérias selecionadas na FSP. A escolha desse veículo se deveu a dois fatores principais: é o jornal mais vendido no Brasil[2] e seu arquivo é o de mais fácil acesso ao público[3].

Entre 1996 e 2005, buscaram-se todas as matérias da FSP que, de forma mais ou menos explícita, abordavam a relação entre obesidade e pobreza. Ou

---

[2] IVC *apud* site da Associação Nacional de Jornais (ANJ), disponível em www.anj.org.br, consultado em 19/06/2006.

[3] http://www.folha.com.br

seja, as matérias tanto poderiam versar diretamente sobre essa relação, como poderiam sugeri-la em seu discurso, mesmo que seu foco não fosse exatamente o nexo obesidade/pobreza. Elas foram pesquisadas a partir dos seguintes verbetes: obesidade/fome; obesidade/pobreza; obesidade/pobre; obeso/pobre; obeso/fome; obeso/pobreza; obesa/pobre; obesa/fome; obesa/pobreza; sobrepeso/pobreza; sobrepeso/fome; dieta/pobreza; dieta/fome; desnutrição/obesidade; transição nutricional.

A opção por este período de dez anos deveu-se à necessidade de avaliar os dados mais recentes, já que esta pesquisa pressupõe a discussão de questões relacionadas com o contexto presente. Contudo, apesar de ser nos últimos anos, em especial a partir do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi que o nexo obesidade/pobreza tornou-se mais evidente; então, era preciso observar como esse tema se desenvolvera nos últimos dez anos até os dias atuais. Assim, de 487 textos encontrados inicialmente, após verificar a existência do nexo entre obesidade e pobreza nos textos, a escolha restringiu-se aos 65 finais.

O principal ponto de partida para o estudo das peças da FSP foi a proposta de análise dos discursos inspirada em Foucault (2001). Optou-se por pensar a metodologia a partir de três *cortes* sobre o material extraído do jornal. Foi a partir da complementaridade entre cada um dos cortes, que se tornou mais viável a proposta de estudo dos procedimentos internos ao próprio discurso jornalístico, seus procedimentos de exclusão e suas condições de funcionamento, tal como propõe o autor.

O *primeiro corte* levou a uma análise de conteúdo das 65 peças segundo certas categorias, organizadas em quatro conjuntos:(*i*) definição da matéria no jornal; (*ii*) credibilidade da informação ou de quem fala; (*iii*) caracterização da obesidade e do obeso e (*iv*) caracterização da pobreza e nexo com a obesidade.

O *segundo corte* foi uma análise dos principais contextos históricos de produção e das fontes que estão mais presentes. No que se refere ao contexto histórico, importa dizer que o objetivo não era fazer um trabalho historiográfico. Mas, ao analisar os contextos, os discursos foram observados enquanto acontecimentos, em meio à produção de fatos, casuais ou não, em especial como materiais noticiosos. A referência principal foi o que se tornou notícia, quando o nexo obesidade/pobreza apareceu mais, em especial nos anos 1998/1999, 2002 e 2003/2005.

O *terceiro corte* foi uma análise das peças, a partir das principais metáforas presentes nos discursos na FSP: geografia da obesidade e da pobreza; excesso x falta; transmutação da gravidade; analfabetismo alimentar; naturalização de questão social; anacronismo biológico e pobreza enquanto risco. Neste corte, fez-se uma ponte entre o que as principais fontes diziam, o contexto de suas falas na mídia e os discursos autorizados sobre o risco, a obesidade e a pobreza.

Ressalte-se que o ponto de partida da pesquisa foi o jornalismo, através da grande mídia, por ter se mostrado como o principal espaço público que deu condição de visibilidade ao tema obesidade/pobreza. O ponto de chegada também foi o jornalismo em função de ser um grande catalisador de discursos,

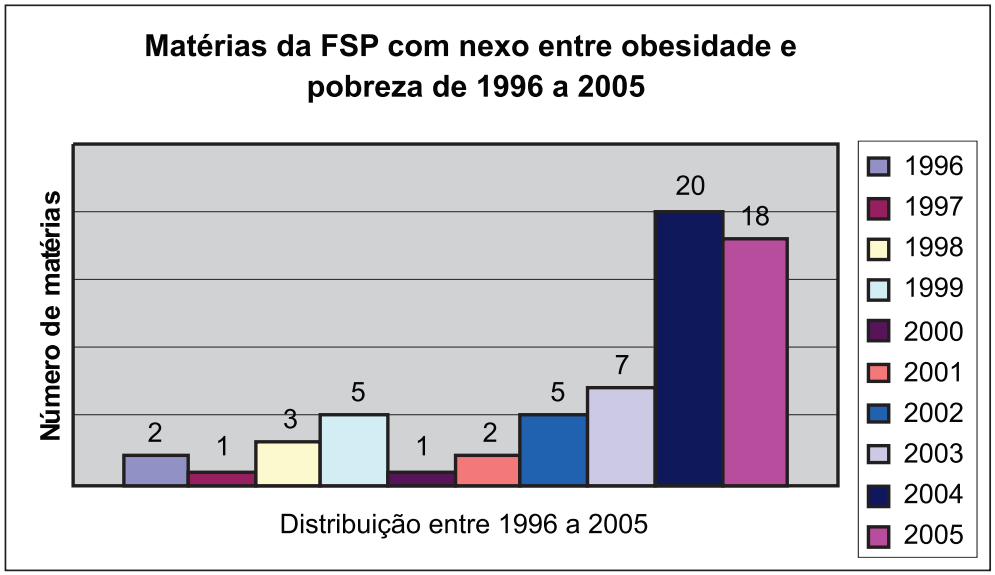
comentários, autoria e disciplinas – procedimentos internos à própria retórica jornalística –, que lhe conferem pluralidade e, ao mesmo tempo, coerência e identidade enquanto tal.

Porém, isto não significa que, ao escolher o jornalismo como ponto de partida e de chegada, a análise dos discursos na FSP seja também um fim em si mesma. Foi por este motivo que, na tese, tende-se a pensar o nexo obesidade/pobreza nesse veículo em conjunto com outros discursos. Logo, considerou-se a especificidade do discurso jornalístico, que se propõe também plural, irregular e descontínuo em sua própria dinâmica de produção, assim como os múltiplos discursos a respeito da obesidade e da pobreza – da biomedicina, da epidemiologia, das ciências sociais e das principais narrativas.

Obesidade e pobreza na mídia como emergência do político

O tema obesidade/pobreza fica mais evidente nas mídias, a partir de 2002, com as eleições e a vitória de Luís Inácio Lula da Silva à Presidência e a implantação de seu programa social, Fome Zero, em 2003. O auge do processo de divulgação e notoriedade do tema se evidenciou em 2004, por ocasião de dois momentos bem políticos: a eleição para Prefeito na cidade de São Paulo e a divulgação da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porém, antes de 2002, a obesidade/pobreza já vinha sendo marcada por uma ênfase no noticiário político.

Identificaram-se, assim, na produção de notícias, três momentos de destaque, tanto pela quantidade de peças encontradas, como em relação a seus contextos: 1998/1999; 2002 e 2003/2005.



Anos	Matérias
1996-1997	3
1998-1999	8
2000-2001	3
2002-2003	12
2004-2005	38

No caso de 1998/1999, deve-se, primeiramente, considerar a reeeleição, em 1998, do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Nessa época, houve alguns eventos considerados muito importantes pelos veículos, destacando-se: (*i*) a reforma da Previdência em fevereiro; (*ii*) uma forte seca no Nordeste anunciada desde março e que levou à campanha "Nordeste sem fome", da Câmara Americana de Comércio de São Paulo (Amcham-SP); (*iii*) privatizações, como a

da Telebrás, em julho; (*iv*) também em julho, o Brasil perdendo a Copa do Mundo para a França e (*v*) uma crise mundial que levaria a uma grave crise econômica no Brasil – juros em alta, fuga de capital, quedas nas bolsas, diminuição de gastos na área social, aumento do dólar –, culminando, após a reeleição de Cardoso, com o anúncio do então Ministro da Economia, Pedro Malan, ainda em outubro, de que 1999 seria muito ruim economicamente – como foi realmente, já que, entre outros problemas, houve a maior desvalorização do Real e os "apagões" de energia elétrica.

Desde janeiro de 1998, o "verão infernal" era notícia nos veículos de comunicação, quando já se dizia que o problema era devido ao *El Niño*. Contudo, em março, o anúncio do fim do verão (LAMBERT, 1998) estava longe de dar uma trégua, pois já se falava da possível continuidade do *El Niño* no Brasil, em especial no Nordeste. Comparava-se aquela estiagem com a de 1983, ano de uma das maiores secas também naquela Região. Ainda assim, insistia-se em que não havia como prever o problema: era preciso esperar até maio (FSP, 13/03/1998).

Dois dias depois, em uma reportagem sobre "comida-remédio", afirmava-se que:

> A prevenção das doenças é o principal foco de atenção das ciências nutricionais, diz José Eduardo Dutra de Oliveira, diretor do Instituto Danone no Brasil e diretor da Faculdade de Medicina e Ciências Nutricionais da Faculdade de Ribeirão Preto. A tendência que ainda prevalece é a de ver a comida apenas como forma de matar a fome. Ainda nos preocupamos mais com a falta da comida, diz Midori Ishii, da Faculdade de Saúde Pública da USP.

> No entanto, mesmo em países como o Brasil, a obesidade já se transformou em doença mais grave que desnutrição. Pesquisa realizada dois anos atrás com mulheres brasileiras entre 18 e 49 anos revelou que a obesidade aumentou em cerca de 130% em 20 anos. Neste mesmo período, a desnutrição caiu 30%. Já no final dos anos 80, o grupo de obesos no Brasil era duas vezes maior que o de desnutridos. O que leva os especialistas a concluir que o maior desafio não está mais na falta de comida, mas nos maus hábitos alimentares (BIANCARELLI, 1998).

Não foi preciso esperar até maio para saber dos "efeitos do El Niño". Apenas dois dias depois da publicação da reportagem citada, constatava-se que bons hábitos alimentares não seriam suficientes para resolver os problemas do Nordeste. Em 17 de março, foi dado o primeiro alarme a respeito do que acontecia na Região. Um *free-lance* da FSP noticiava o saque a um depósito de merenda escolar na Paraíba, do qual cerca de 600 pessoas teriam participado. Apesar de publicada apenas no dia 17, a matéria falava de um fato ocorrido dois dias antes, dia exato em que se publicara a reportagem acima (BARBOSA, 1998).

Após o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) invadir vinte fazendas em Pernambuco no final de março (GUIBU, 1998), em abril, o MST iniciava uma marcha com o objetivo de "reivindicar reforma agrária na região e a 'implantação de programas emergenciais contra a seca, o desemprego e a miséria'". Jaime Amorim, coordenador do MST em Pernambuco, destacava que o Nordeste vinha "sofrendo mais uma vez com a seca", sem que houvesse "qualquer ação de Governo para melhorar a situação do povo". "Se em períodos normais a miséria

já é grande na região, imagine quando existe seca", dizia ele (SANTIAGO, 1998). Além disso, o Movimento também invadiu o prédio da SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste), o que provocou uma reação do Exército para conter esta manifestação (FSP, 18/04/98).

O modo como o problema afetava o governo já ficava evidente. Em abril, Eliane Catanhêde ressalta que "seca, fome e saques definitivamente não combinam com reeleição" (CATANHÊDE, 1998). Contudo, saques a armazéns e a depósitos de alimentos continuam a acontecer nos meses seguintes. Marilene Felinto relembra que, no Nordeste, a prática de saques não era fato novo. Segundo ela, Ruy Guerra já os mostrara no cinema, em 1964, com seu filme "Os Fuzis" (FELINTO, 1998). Isso é confirmado, também, pela própria primeira dama, Ruth Cardoso, tendo sido destacado por Elio Gaspari em sua coluna, ao explicar que "a primeira referência aos saques é da Fala do Trono de 1879, de d. Pedro II" (GASPARI, 1998). Gaspari, inclusive, ressalta que a afirmação de Ruth Cardoso era boa, porque tirava "o problema de debaixo do tapete": "finge-se que os saques são uma novidade para assustar quem tem medo de assombração e para jogar a culpa nos adversários políticos da ocasião", referindo-se ao fato de que era comum o MST ser acusado de realizar tais saques.

A situação parecia fugir ao controle do Governo. No Editorial, o jornal cobra solução do problema, ao dizer que faltava "vergonha na cara dos políticos locais, como observou certa vez o Presidente Fernando Henrique (embora, na verdade, a vergonha seja escassa em regiões várias do país)" e "vontade políti-

ca", ou seja, "a decisão de redirecionar investimentos, de distribuir renda, de tratar a indigência como algo tão prioritário quanto a privatização ou a crise bancária" (FSP, 21/04/1998).

Dois dias depois, em artigo, Aloysio Biondi (1998) escreveu que "*a seca no Nordeste vai despontando como o estopim que faltava para levar o país a uma explosão social de proporções imprevisíveis*". Salientava que "*nas cidades e no campo, a pressão social vai subir violentamente, se o Governo não agir com presteza. Não bastam planos de emergência para o Nordeste seco e o Sul alagado*" e indicava que "*toda a política econômica terá de ser revista urgentemente*".

Mas, em 1998, em sua segunda campanha presidencial, Fernando Henrique Cardoso pretendia dar continuidade ao que ele fazia desde a implantação do Plano Real em 1994: uma política econômica considerada neoliberal, centrada, sobretudo, nas privatizações, visando à diminuição dos gastos públicos. Em contrapartida, Luís Inácio Lula da Silva, pela terceira vez candidato e concorrente mais forte, anunciava uma política mais voltada para o social, de atenção aos problemas sociais brasileiros, defendendo o que foi considerado, na época, como uma política contrária à representada pelo Plano Real, já que abordava a necessidade de uma presença do Estado nesses e em outros aspectos.

Contudo, diante do quadro econômico daquele ano, global e nacional, a questão parecia ser: como seria possível realizar mudanças no cenário social, ou seja, "redirecionar investimentos, de distribuir renda, de tratar a indigência como algo tão prioritário quanto a privatização ou a crise bancária", como cobrava a FSP, e rever "toda a política econômica", como dizia

Biondi, ao mesmo tempo em que se tentava, em vão, apagar um grande incêndio na área econômica, tão grande quanto o do Estado de Roraima, exaustivamente noticiado no mês de março? Não foi por acaso que se diminuíram os gastos na área social e anunciava-se a piora do quadro para os anos seguintes.

Desde o início das pesquisas, falava-se da derrota do candidato Lula da Silva, o que se deu no primeiro turno. Uma famosa atriz de telenovelas fizera campanha para a reeleição de Cardoso, dizendo ao eleitor que tivesse medo do candidato concorrente e das consequências de uma possível não reeleição. Ela alertava para o nível de incerteza sobre o futuro, o que, em um momento econômico instável, parecia levar ao temor pela mudança de direção que se tinha tomado no início dos anos noventa. Mas, também disse Paulo Maluf, ex-prefeito de São Paulo, na época candidato a governador do Estado de São Paulo pelo PPB (Partido Progressista Brasileiro): "vou votar em Fernando Henrique porque ele é o único candidato em condições de continuar as reformas. Tenho certeza de que o povo brasileiro vai elegê-lo. As pesquisas são apenas uma fotografia do momento" (FURTADO, 1998).

Além disso, por mais que a FSP cobrasse do governo ações no sentido de diminuir a desigualdade social, em seu Editorial, o jornal coloca esta questão em pé de igualdade com outra: a necessidade de se continuar com o processo de privatização. Portanto, a preocupação da FSP com os gastos públicos também era muito evidente.

No início de maio, o Presidente dava sinais de que não tinha controle sobre o que acontecia. Ele

chegou a afirmar que "a solução para o problema da seca no Nordeste não depende só do Governo Federal. 'Depende de Deus, do tempo e da chuva', disse, ao ser questionado se tinha controle absoluto sobre a situação" (GIRALDI, 1998).

Apesar de o tempo continuar seco e a chuva não dar o ar de sua graça no céu nordestino, "Deus" parecia estar atendendo, em parte, às preces de Cardoso. Além de a CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) ter se apressado em convocar a comunidade católica em uma campanha de arrecadação de alimentos e dinheiro (AMARAL, 1998), a Amcham-SP liderou a maior campanha de solidariedade da época, tendo arrecadado cerca de cem toneladas de alimentos no final de junho. Mas muitas outras instituições também fizeram campanha de solidariedade, tais como: Legião da Boa Vontade, Igreja Universal do Reino de Deus, Grupo Pão de Açúcar, Cáritas Brasileira, Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo e Força Sindical, Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, Assembleia Legislativa de São Paulo, C&A, Associação Beneficente Cristã etc. Mas "Deus" fez apenas parte do trabalho, pois para transportar os alimentos o governo era obrigado a usar aviões da Força Aérea Brasileira, com alto custo, dizia o presidente (GIRALDI, op. cit.), até mesmo pela logística (NASSIF, 1998).

Assim, campanhas de solidariedade parecem ter sido "felizes", em um momento que determinava um crescente desinvestimento no campo social, mas também podem ter atrapalhado. Ao mesmo tempo em que a fome se abatia sobre parte da população nordestina, surgia, de forma um pouco mais ressaltada, uma temática sobre o universo da

pobreza brasileira, que se constituía de "novos" e inusitados problemas, inclusive alimentares, já que as camadas mais empobrecidas, para além da fome e da desnutrição, mostravam-se cada vez mais gordas. Dessa maneira, na medida em que se anunciava uma tendência epidemiológica nacional semelhante à de países mais desenvolvidos – é nesse período de 1998 a 1999 que mais se faz referência à *transição nutricional* –, paralelamente, valorizava-se uma dinâmica de afastamento do Estado em relação ao social, que também se dava nos mesmos países desenvolvidos, a partir da falência do *welfare state* em muitos países do norte.

> A taxa de crescimento de doenças cardiovasculares será maior nos países pobres e com economias ditas em transição, como o Brasil, pelo menos até o ano 2020. [...] Os dados foram apresentados ontem pelo presidente da Sociedade e Federação Internacional de Cardiologia, Antoni Bayés de Luna, no 13º Congresso Mundial de Cardiologia, no Riocentro (zona oeste). Ele disse que as populações dos países pobres e em transição estão descobrindo os fatores de risco para o coração: obesidade, tabagismo e estresse. Os países ricos já viveram o auge dos problemas cardiovasculares e conseguiram um controle mínimo das mortes graças a campanhas de prevenção dos fatores de risco e a avanços tecnológicos. Nos EUA, as mortes caíram 50% em 30 anos. 'Ainda que cerca de 500 mil pessoas em todo o mundo ganhem menos de US$ 1 por dia, é inegável que o poder aquisitivo está crescendo. Os países pobres estão descobrindo os sanduíches e fumando mais', disse (ESCÓSSIA, 1998).

As preocupações com os gastos públicos são recorrentes, nos dez anos analisados neste trabalho.

Contudo, percebe-se que, se de um lado, a obesidade, isoladamente, já representa uma questão a ser resolvida neste sentido – como os gastos públicos derivados dos chamados fatores de riscos considerados evitáveis, como o excesso de peso –, de outro, esta obesidade associada à pobreza, indica que gastos públicos com fome e desnutrição devem ser retirados da lista dos gastos sociais e substituídos por outros mais universais, como informação, direcionados a todos, ricos e pobres. Isso explica por que, em 1999, obesidade/pobreza não só está presente na FSP, como aparece até mais que no ano anterior, uma vez que o recém-empossado presidente reeleito, precisa justificar, da melhor forma possível, um "aperto" maior na economia, sacrificando, principalmente, as políticas sociais.

> A obesidade é um distúrbio do metabolismo energético, em que ocorre armazenamento excessivo de energia sob a forma de gordura no tecido subcutâneo. Como beira o caráter de epidemia, trata-se mais de um problema de saúde pública do que estético. O Brasil, que não superou um problema de Terceiro Mundo, a desnutrição infantil, absorveu este das nações ricas – a obesidade. Pesquisa realizada na cidade de São Paulo mostra que, entre jovens de 10 a 12 anos, uma média de 25% têm excesso de peso. O melhor caminho para não se tornar obeso é a prevenção, começando pelo aleitamento materno e mantendo uma alimentação controlada durante toda a vida. [...] A obesidade é um fator de risco não apenas para a mortalidade prematura, como para condições crônicas que levam à incapacidade e perda de produtividade e comprometimento da qualidade de vida e do funcionamento desta e de futuras gerações (CONSTANTINO e LOPEZ, 1999).

Alguns, como Walmir Coutinho, na época presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, chegam a responsabilizar as políticas sociais de combate à desnutrição: "Existem estudos internacionais mostrando que o combate à desnutrição está empurrando as pessoas mais pobres para a obesidade, porque não adianta dar comida a elas sem dar informação sobre uma alimentação adequada" (SOARES, 1999).

OBESIDADE E POBREZA NA FOLHA DE SÃO PAULO: SÍNTESE ANALÍTICA E CONCLUSÕES

A concepção médica sobre saúde e doença envolve noções sobre o que é normal ou patológico. As transformações desses conceitos no tempo refletem os discursos médicos autorizados em dados momentos e que envolviam um saber e um fazer específicos no lidar com o corpo e com os sujeitos (CARVALHO, 2004). Assim, por exemplo, é que houve épocas em que o ganho de peso podia ser visto como signo de beleza, saúde, prosperidade e riqueza (FERNÁNDEZ-ARMESTO, 2004), enquanto, a partir da segunda metade do século XX, passa a ser signo de doença, fealdade, descuido (FELIPPE, 2003) e até mesmo de pobreza (AGUIRRE, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) discute longamente sobre os fatores ambientais e sociais ligados à obesidade (OMS, op. cit., p. 132-149). Sua ênfase nesses fatores deve-se ao fato de que o rápido aumento dos números da obesidade no mundo

teria acontecido em um período de tempo considerado insuficiente para a determinação de mudanças genéticas populacionais importantes. Porém, se esta organização ressalta, de modo evidente, os aspectos ambientais, por outro lado, ela considera os fatores sociais, basicamente a partir das mudanças globais – a industrialização e a globalização da economia, em especial a partir da segunda metade do século XX – e seu papel sobre a alimentação e a atividade física.

Tais fatores teriam favorecido a oferta e o consumo cada vez maior de alimentos industrializados, em geral ricos em gordura. Associa-se também a isso, um modo de vida particular (sobretudo nos centros urbanos) no qual transportes e a mecanização da vida cotidiana teriam levado à diminuição da atividade física, inclusive no ambiente doméstico.

Contudo, isso não parece ser suficiente para explicar o fenômeno da transição nutricional, que, para além do aumento da obesidade na população mundial, indica uma tendência ao aumento de peso das populações mais pobres, inclusive no Brasil (IBGE, 2004). No país, as mudanças teriam acontecido a partir da década de 1970. Em 1975, havia dez casos de crianças com baixa estatura ou crescimento reduzido para um caso de sobrepeso. Em 1996, a razão de 10:1 diminui para 3:1. As mudanças foram mais visíveis na Região Sudeste. Mas a transição foi observada entre adultos em todo o país: a prevalência de peso baixo cai de 8,3% para 5,0% (1975-1989) e depois para 3,5% (1997), enquanto a obesidade sobe de 2,1% para 4,1% e depois para 6,4% (MONTEIRO et al., 2002).

De um modo geral, porém, até a década de 1990 parece ter predominado no imaginário sobre a pobreza no Brasil, em particular a pobreza extrema ou miséria, a ideia de que a fome e a desnutrição se associavam à magreza. Nas décadas de 80 e 90, foram diversas as imagens televisionadas de brasileiros atingidos pela seca no Nordeste: de crianças e jovens com seus corpos muito magros e barrigas grandes cheias de vermes; outras, ainda, muito pequenas, comendo terra das paredes ou brincando com ossos de animais mortos em decorrência da seca; de famílias se alimentando de uma sopa rala feita com água barrenta do que restava dos açudes; de uma natureza hostil na caatinga nordestina.

A isto, nessas duas décadas, acrescentavam-se as imagens da fome de africanos na Somália, Etiópia, Sudão, esquálidos e visivelmente famintos. Além das imagens, a FAO (Food and Agriculture Organization) também alertava para a fome no mundo e, mesmo na década de 1990, indicava que o Brasil ainda tinha muito a fazer por uma parcela significativa de sua população. Nesse sentido, em 1993, o sociólogo Herbert de Souza, Betinho, iniciou um movimento ao qual deu o nome de "*Ação de cidadania contra miséria, fome e pela vida*", que começou arrecadando alimentos para distribuir entre a população de baixa renda.

Assim, com imagens e notícias impactantes sobre a fome no Brasil e no mundo, diagnósticos da FAO e um movimento do porte do de Betinho, talvez fosse difícil no Brasil pensar, sobretudo fora do campo acadêmico e científico, que o excesso de comida estivesse se tornando, tanto no mundo como

no Brasil, um problema maior que o da insegurança alimentar. Porém, no campo acadêmico, havia dados que indicavam que o problema da obesidade vinha crescendo em todo o mundo, e que a desnutrição, a princípio, estava regredindo no país, muito embora a desigualdade socioeconômica e a distribuição de renda se mantivessem estáveis nos últimos vinte anos e a pobreza estivesse se reduzindo muito timidamente.

O quadro favorecia a constituição de um "novo" Brasil, distinto dos países africanos: menos faminto e mais gordo, mas com muitos pobres e tão desigual quanto sempre fora. Este "novo" Brasil passou a ser notícia a partir de 1998, justo na época em que a seca castiga o Nordeste mais uma vez. Momento pouco propício, diriam alguns. Contudo, naquele instante, a falta de água, a magreza, a fome e os saques a armazéns e mercados da Região, seguem em par com uma preocupação com a epidemia de obesidade que já teria atingido também o Brasil. Ao mesmo tempo, começam a ser mais divulgadas informações sobre um saber médico-epidemiológico acerca de uma obesidade que se mostrava crescente também entre os mais pobres.

Logo, o Brasil passava a se revelar como um *país em transição* nutricional, o que era positivado, pois levava a supor que, em sua nova condição, o país estaria sofrendo de um "mal" típico dos países mais desenvolvidos: o excesso. Esta transição mostrava que a obesidade havia se tornado uma doença mais grave que a desnutrição (BIANCARELLI, 1998).

Um jornalista brasileiro afirmava que "doença de pobre não rende manchete" (BONALUME NETO, 2000). Talvez seja isso o que fundamente, em parte, a grande notoriedade que as mídias dão ao nexo

obesidade/pobreza a partir de 1998. A obesidade, entre os indivíduos mais pobres, por mais que tenha a ver com a pobreza, por mais que seja associada ao subdesenvolvimento - ideia predominante na FSP, a partir da análise de conteúdo –, não seria doença de país pobre, mas sim de país "rico", já que é definida como doença do excesso. Neste caso, a *pobreza é individualizada*. A premissa parece muito simples e pode levar à conclusão de que o Brasil não era um país efetivamente pobre, o que se confirmava por sua renda *per capita* e também pelo "progresso" que teria ocorrido desde o Governo Collor (1990-1992) e com a implantação do Plano Real em 1994, pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, na ocasião Ministro da Fazenda.

Assim, no contexto de um cenário político-econômico de orientação neoliberal, tal como se revelou ser, em última instância, o Plano Real, a obesidade/pobreza, um dos aspectos mensuráveis da transição epidemiológica e o sinal mais evidente da transição nutricional no Brasil, levava a crer que políticas de combate à fome e à desnutrição deveriam ser substituídas por estratégias governamentais de suporte à autogestão. No caso da obesidade, tais estratégias envolviam desde a educação dos pais, para melhor alimentarem seus filhos, até o suporte informativo para que os indivíduos pudessem escolher bem o que e como comer, no sentido de evitarem ou adiarem doenças decorrentes da má alimentação. Para isso, contava-se com os dispositivos de informação, especialmente as mídias mais consumidas. Isto era o que recomendava a OMS e era a postura assumida pela FSP ao discutir pedagogicamente o problema da obesidade no Brasil.

Entretanto, a autogestão do indivíduo no âmbito alimentar é apenas uma das múltiplas faces de uma complexa estratégia *em rede* que promove a liberdade, a responsabilização e a culpabilização individual, de modo a promover um "sistema perfeito de prevenção", como afirmou Castel (1991), capaz de dispensar tanto a repressão como a assistência. Para Rose (2001), isso teria levado a um modelo de governo que se faria a distância, em que cada indivíduo se tornaria um parceiro do Estado, pelo exercício de sua liberdade e responsabilidade de conquista de seu próprio bem-estar.

Desse modo, é importante ressaltar o trabalho de organizações mundiais como a FAO e a OMS; de organizações nacionais brasileiras como a Abeso, a Flaso[4], de instâncias estatais e dos indivíduos representantes da área médica e/ou pertencentes ao campo jornalístico. Todos tornam-se *agentes* de uma governamentalidade que se distingue por um modelo de governo que se faz para além do próprio Estado. Com seus discursos e, sobretudo, a partir da maneira como eles se posicionam no jornal ou como o jornal se apropria de suas falas – inclusive na escolha, pelo jornal, do melhor momento em que tais falas devem ser utilizadas –, eles acabam por empalidecer, direta ou indiretamente, os aspectos sociais que também são pertinentes à obesidade, em particular quando ela está vinculada à pobreza.

Logo, os discursos mais comuns sobre a obesidade/pobreza no Brasil tendem a servir de argumento

[4] Respectivamente Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Federação Latino Americana de Sociedades de Obesidade.

para a construção de conhecimentos sobre o risco, dando suporte a certa perspectiva governamental que propõe um distanciamento do Estado em relação às questões coletivas. O curioso é que tal perspectiva não seria a mera transposição de um modelo de governo, como se deu nos países mais ricos. Ela deve buscar sua legitimidade e aplicabilidade em uma sociedade onde, em seu percurso histórico, produziu-se uma enorme desigualdade socioeconômica. Essa legitimidade é buscada, a princípio, a partir da construção de uma nova versão de Brasil, como já foi dito, de um lugar de alteridade que passa a ser positivado.

Nesse contexto, não é difícil concordar com Lupton (1995) quando destaca a centralidade que o tema da saúde adquire nas sociedades contemporâneas, por tratar-se de um conceito elástico o bastante para abranger diversos aspectos da vida em sociedade que são determinantes na manutenção de uma racionalidade política neoliberal. E, no Brasil, observa-se essa mesma centralidade ao analisar a produção de discursos da FSP sobre o nexo obesidade/pobreza nos últimos anos. Assim, nesses discursos, quais seriam os aspectos que indicam outros olhares acerca da pobreza e que podem suplantar antigas concepções sobre a pobreza no Brasil?

O primeiro aspecto é a *transmutação disciplinar da pobreza*. Ela pode ser observada a partir dos conceitos de transição nutricional e de transição epidemiológica, que colocam a pobreza em outro lugar. Tiram-na do espaço dos problemas sociais e a inserem no campo da medicina, como se fosse um problema de saúde, já que passa a ser apontada como etiologia ou fator/síndrome de risco de uma doença

considerada grave: a obesidade. Nesse sentido, para explicar e "resolver" a pobreza, substitui-se o modelo das ciências sociais pelo da medicina. Logo, a pobreza é *medicalizada*, tanto no modo de ser entendida, como no modo de ser "tratada".

Seguindo essa linha, no que concerne à relação obesidade/pobreza e ao tratamento proposto, seria preciso levar os indivíduos pobres a consumirem alimentos mais saudáveis, ensinando-lhes o que e como comer ou retirando-lhes a possibilidade de escolher o que não é saudável.

Em relação à explicação da pobreza como etiologia, destacam-se a genética e o evolucionismo. Porém, observa-se que o peso dado às explicações genéticas sobre a obesidade é muito mais enfatizado pela FSP do que nos discursos autorizados da Abeso, da OMS ou de pesquisadores e médicos em geral. Pode-se afirmar que esse é um exemplo de supervalorização de certos argumentos por parte desta mídia, a despeito das tendências discursivas de organizações e de especialistas, uma vez que o peso genético é visto de modo ainda reticente quando se pensa a etiologia da obesidade. Essa supervalorização parece dever-se, de modo bastante evidente, ao médico Dráuzio Varella, colunista deste jornal. No entanto, por mais que se tenha analisado apenas a Folha de São Paulo, não significa que isto não seja pertinente às outras mídias, já que a participação de Varella em outros veículos, inclusive eletrônicos, é bem significativa.

O segundo aspecto que estabelece outro olhar acerca da pobreza é a *moralização*. Ela está muito presente nos textos da área de saúde e da mídia, já

que se dá uma enorme ênfase aos aspectos comportamentais individuais, vistos como a principal etiologia da obesidade. Encontra-se no uso de expressões muito comuns nos discursos analisados, tais como: culpa, tentação, pecado, falta de cuidado, desleixo, força de vontade (fé?), comer correta ou incorretamente... Isso também se aplica em relação à obesidade/pobreza, pois é possível que, em função do peso discursivo que a FSP dá ao evolucionismo, a obesidade entre os mais pobres possa ser vista como algo mais do que uma mera tendência ou um dado epidemiológico significativo. Talvez ela passe a ser vista como uma marca corporal distintiva ou uma característica fenotípica, de pessoas pertencentes aos grupos mais empobrecidos da sociedade. Assim, a "estética" da obesidade, outrora valorizada como sendo um sinal distintivo das classes mais ricas, poderá vir a se consolidar como uma "estética" da pobreza.

Por outro lado, a "estética" da magreza, antes associada à pobreza, passa a ser valorizada como característica dos extratos mais ricos. Isto posto, quanto tempo será necessário para que a estética da obesidade venha a dizer algo sobre a origem socioeconômica dos indivíduos e, até, sua disposição física para o trabalho; sua baixa autoestima; sua ausência de beleza; sobre alguém que não se cuida, é desleixado, tem limitações físicas, não se controla, aspectos presentes nos textos da FSP?

A questão moral também afeta a dimensão do direito, de sua expressão como liberdade individual. Sendo assim, em que medida se daria o direito individual no âmbito do exercício da própria liberdade de escolha de um sujeito que sabe o que lhe faz mal,

mas, ainda assim, comporta-se contrariamente ao que sabe, causando danos à própria saúde e, depois, exigindo o estorno pelo próprio mau investimento? Tal é o caso do médico que não trata de fumantes.

Por fim, destaca-se a questão do *acesso* aos alimentos. Ele é visto de forma muito diversa, segundo o ponto de vista do autor, ou melhor, de sua concepção política. É positivado quando o argumento que está por trás de seu uso se refere a acesso como um direito. Também é visto positivamente, quando ligado às possibilidades de consumo proporcionadas pela renda de um indivíduo, que lhe daria condições de administração pessoal do que tem e ganha mensalmente, em função das próprias necessidades e desejos, voltados para si e para os seus dependentes. Em ambos os casos, ressalta-se *acesso* como algo que se dá no contexto de relações familiares, de trabalho, sociais e econômicas mais dignas – uma dignidade que não poderia ser pensada fora dessas relações, nem das possíveis negociações que lhes são pertinentes.

Contudo, o acesso também é visto de forma negativa em duas situações, mais presentes nos discursos da FSP. Primeiramente, quando é individualizado, enquanto capacidade pessoal para aquisição do que é necessário, nesse caso, deslocando-se a responsabilidade do Estado para o sujeito. Depois, como etiologia da obesidade entre os mais pobres, quando se diz que esse acesso se traduz em seu mau comportamento, determinado nos últimos anos, pela maior facilidade de compra de alimentos, cujo consumo seria pouco recomendado.

Nos dois casos, o que se destaca é uma noção de acesso que se dá como determinação pessoal, como

algo que se constitui a partir da escolha, correta ou não. Em ambos, negativiza-se o conceito de acesso em função da responsabilidade individual ligada ao exercício de uma liberdade que pode ser mal ou bem utilizada. Negativiza-se, sobretudo, porque não se consideram as muitas variáveis que levariam um indivíduo a fazer suas escolhas. Portanto, neste caso, são perspectivas reducionistas e opõem indivíduo e sociedade ao conceberem a alimentação como "*um ato individual que resulta de uma decisão racional*", como apontou criticamente Fischler (2000, p. 22).

Assim, a ênfase dada à dimensão individual, comum às noções negativizadas de acesso, se articula com o que Rose (1999) observa acerca do atual Estado liberal, para o qual os aspectos sociais seriam considerados antagônicos aos econômicos. Segundo esse modelo de governo, embora o Estado se preocupe com os indivíduos mais necessitados, a dinâmica de nossa realidade mundial deveria ser reconhecida. Ou seja: vivemos num mercado globalizado competitivo, que não permite que o Estado venha a assumir responsabilidades universais e incondicionais por seus cidadãos.

Emergência de três tipos de sujeitos

A partir da transmutação disciplinar da pobreza, da moralização e da questão do acesso e do modo como são explicadas as causas da obesidade, quando se analisa o nexo obesidade/pobreza nas peças da FSP, observamos a emergência de três tipos de *sujeitos*. Contudo, essa categorização dos sujeitos

não se pretende classificatória em relação aos indivíduos. Na verdade, seriam construções discursivas que corresponderiam às três principais causas da obesidade, também presentes nos discursos da FSP: as causas comportamentais, a facilidade de acesso a alimentos de má qualidade ou mais calóricos, e as causas genéticas. Para cada uma delas, parece haver soluções correspondentes que poderiam conter a atual epidemia de obesidade.

As causas comportamentais falam de um *sujeito que pode fazer escolhas*. São consideradas as causas predominantes da atual epidemia de obesidade entre pobres e ricos. Enquadram a obesidade como doença de conduta e, principalmente, como um "mal evitável". Para tais sujeitos, são indicadas estratégias educativas e informativas, em que o governo, realizado a partir de instâncias estatais ou não, promove políticas de autogestão. Nesse âmbito, passam a ser exaltadas as capacidades individuais, o esforço pessoal, o cuidado, o zelo, o cálculo sobre o futuro, a dimensão racional, em relação aos quais se estabelecem seus opostos negativos. O sujeito que pode fazer escolhas é aquele que assume as 'rédeas' de sua própria vida e futuro e está adequado a esse novo modelo de governo. Ele também é valorizado pela dimensão moral de suas ações, pois consegue equacionar necessidade, controle e prazer diante das possibilidades sobre o que comer.

A facilidade de acesso fala de sujeitos mais influenciados pelas condições do ambiente, menos autônomos, menos livres, mais vulneráveis, logo, "mais sujeitos". A expressão pode causar certa estranheza e isto é proposital. *Sujeito mais sujeito*, ao contrário

do que possa parecer, não é o sujeito mais capaz, ideal desse modelo de governo. O termo refere-se ao elevado nível de sujeição desse sujeito a aspectos da vida em relação aos quais ele teria muito pouco controle. A facilidade de acesso aqui é a negativizada, por ser determinada pelas mudanças ocorridas na dinâmica de mercado e pela globalização, o que teria levado à maior disponibilidade de alimentos industrializados e mais baratos, embora menos saudáveis.

Tais sujeitos são constituídos por crianças, adolescentes e pelos pobres em geral: as crianças e os adolescentes seriam mais facilmente conduzidos ao consumo pela publicidade, pela influência familiar ou dos grupos dos quais fazem parte, e os pobres têm que adequar sua renda às ofertas disponíveis no mercado.

Aos primeiros propõem-se estratégias semelhantes às indicadas aos sujeitos anteriores – educação e informação –, além de estratégias disciplinares limitadoras ou coercitivas. A isto também se acrescenta a importância dos sujeitos que podem fazer escolhas enquanto educadores ou replicadores das estratégias que lhe foram aplicadas, afinal, crianças e adolescentes podem se tornar adultos "menos sujeitos", que podem fazer escolhas.

Aos pobres, também se propõe educar, informar e limitar o consumo de alguns alimentos. Contudo, paradoxalmente, o nível de renda dá pouca margem de manobra para a implementação de tais estratégias. Além disso, diferente das crianças e dos adolescentes, é difícil que eles venham a tornar-se menos sujeitos, na medida em que raramente se apresentam estratégias que visem ao aumento da renda e, assim,

ao acesso desses grupos. Aliás, é bom destacar que aumentar o acesso pode ser visto como uma estratégia governamental irresponsável e pouco eficaz.

A determinação genética conduz ao *sujeito destinado*, cujo grau de sujeição e exigência de superação dos limites físicos que lhe são impostos é extremo ou até fatal. Para este sujeito, não basta mudar seu comportamento alimentar, é preciso fazer sacrifícios. Ele está destinado a reproduzir em seu corpo um metabolismo ancestral de reserva energética ou de mau funcionamento físico-químico para o qual, em casos extremos, só existiriam duas soluções: o sacrifício ou a cirurgia bariátrica. Fora isso, não haveria o que fazer, sobretudo se ele é pobre, pois o sacrifício parece não fazer muito sentido diante de suas limitações dietéticas. Por outro lado, quando pobre, ele também dependerá dos recursos do Estado para fazer uma cirurgia, que o leva a enfrentar longas filas de espera em hospitais públicos, caso esse seja o procedimento indicado. No caso do sujeito destinado, como diria Dráuzio Varella, só mesmo com muita obstinação (VARELLA, 2003).

Quando pobre, o sujeito destinado é aquele que carrega no próprio corpo a dimensão do trágico, pois de seu destino não existe escapatória: sua obesidade denuncia sua condição socioeconômica, certos estigmas, preconceitos, atavismos e valores que desvalorizam, cada vez mais, sua própria condição. Ele foi constituído por um erro adaptativo, por um anacronismo biológico que pode ser agravado pelas condições de seu meio. A tais sujeitos só resta ser *apenas* sujeitos, no sentido da fatalidade de sua sujeição e limitação de suas possibilidades de escolha, visto

que seu ritmo é determinado pelo mundo natural: das instabilidades climáticas às vicissitudes impostas por seu próprio código genético. Para eles não há promessas possíveis: Deus parece ser a única resposta. Não foi exatamente o que disseram os ex-presidentes Figueiredo e Cardoso por ocasião da seca em 1998 (GIRALDI, 1998)?

Vê-se que, para cada uma dessas construções de sujeitos, criam-se necessidades, práticas e novos argumentos que se articulam com modos de pensar o próprio papel do Estado. A partir dessas construções, portanto, seu papel deve se restringir a viabilizar o acesso às informações e, assim, capacitar o indivíduo para sua autogestão. Fora deste âmbito, não haveria mais nada a fazer, pois se o Estado propõe outras formas de ação, pode ser responsabilizado pelo agravamento do quadro.

Redefinição da pobreza

É importante notar que os dispositivos de informação podem promover certos deslocamentos discursivos de modo a adaptar seus modelos e regras para a produção de suas notícias. Isto foi o que se viu no caso da FSP, quanto ao cumprimento flexível das normas estabelecidas em seus manuais de redação; às regras da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa); ao uso de fontes; ao uso indiscriminado de termos distintos como sinônimos,entre outros

Contudo, não se pode admitir que todos esses movimentos discursivos realizados nesta mídia ou em outros veículos seriam sinais incontestáveis de uma

intencionalidade, atribuídos a cálculos sobre seus possíveis efeitos de verdade ou a uma orientação editorial explícita no seu jogo político de criar argumentos para a promoção de um modelo de Estado neoliberal ou influenciar a audiência. Mas, em função de o campo jornalístico ser um universo onde parte das disputas no campo político acontece, e de ser especialmente dependente das forças exercidas pelo campo econômico, como afirma Bourdieu (1997), nega-se, de modo veemente, uma possível imparcialidade e uma não intencionalidade, particularmente em diversas passagens das peças analisadas.

Desse modo, tal como ressalta Foucault, é preciso considerar os princípios de inversão, de descontinuidade, de especificidade e de exterioridade na dinâmica de construção dos discursos midiáticos. Esses discursos destacam aspectos históricos pertinentes à própria formação do campo jornalístico brasileiro e da própria história do Brasil, assim como a dimensão casual de certos eventos, inclusive climáticos, como o El Niño, por exemplo.

Logo, quando pensamos o jornalismo em sua relação com a saúde, não se pode desvinculá-lo de sua dimensão social e política, preocupando-se apenas com a acuidade de seu discurso no veículo analisado. Em particular, quando pensamos o jornalismo e a saúde a partir da análise da produção, reprodução, repetição, exclusão ou ênfase e apropriações de certas noções a respeito do nexo obesidade/pobreza, não se pode deixar de perceber esta prática como "violência", no sentido de uma imposição que promove certa regularidade ao discurso e constitui esse nexo, como acontecimento midiático e discursivo

que, enquanto tal, é supostamente "novo" (FOUCAULT, 2001).

E não seria, de fato, realmente novo, visto que até então a pobreza, sobretudo quando extrema, costumava ser narrada a partir de situações de escassez e, consequentemente, também da fome e da magreza?

Recorro mais uma vez a Foucault: ele já havia nos esclarecido que "*o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta*" (op. cit., p. 26). Ou seja, sua novidade se apresenta pela redefinição do conceito de pobreza e do novo "perfil" do pobre que, no entanto, se constroem a partir da *reedição* de um discurso sobre a modernização do Brasil, de sua equiparação com as nações ricas e da retomada de estratégias de "exorcismo" de manifestações da questão social. De um modo geral, historicamente, esse discurso vem sendo reeditado principalmente no decorrer do século XX e pode ser atribuído ao crescimento econômico, à industrialização, ao enorme crescimento da população urbana, dos números do PIB *per capita* e outros.

Além disso, destacam-se as políticas desenvolvimentistas e modernizadoras instituídas desde a era Vargas, passando pela proposta dos "*50 anos em 5*", de Juscelino Kubitschek, chegando ao "milagre econômico" dos anos de ditadura militar (1964-1985), culminando com o breve período Collor, o Real e as privatizações durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o que teria elevado o Brasil à condição de potência da América Latina. Mais recentemente, à medida que a pobreza foi medicalizada em função de seu vínculo com a obesidade, ela se transformou

em uma questão de saúde, para a qual admite-se apenas o "tratamento" – mais "livre" ou mais disciplinar, segundo o sujeito para o qual esse tratamento se direciona.

No Brasil, o crescimento econômico das últimas décadas não correspondeu à melhora das condições de grande parte da população. A desigualdade, por exemplo, manteve-se estável (BARROS et al., 2000). Ao mesmo tempo, se de um lado, os dados mostram que a fome crônica e a desnutrição diminuíram, de outro, vimos que a fome oculta aumentou, mas se mostraria como carência não visível de um ou mais micronutrientes, em geral vitaminas e/ou minerais, o que pode comprometer o sistema imunológico e o desenvolvimento físico e cognitivo do indivíduo[5].

Nesta circunstância, pergunta-se: a redefinição da pobreza a partir de sua relação com a obesidade, explicando-a com base em uma visão negativa de acesso e apontando para suas possíveis soluções através da informação e da restrição de consumo de certos alimentos, pode ser considerada suficiente para dar conta da complexidade da questão social num país tão desigual como o Brasil?

Não é o que parece. E foi exatamente essa a preocupação que mobilizou o presente trabalho. Tentei provocar uma reflexão a respeito de aspectos da dinâmica social no contexto brasileiro, buscando, assim, resgatar parte da legitimidade que, no Brasil, a questão social deveria apresentar.

[5] Dados sobre a pouca diversificação da dieta das famílias mais pobres e da estatura dos indivíduos, ambos a partir da POF de 2002-2003.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, P. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*, Buenos Aires: Miño y Dávila editores, 2005.

AMARAL, L. H. CNBB arrecadará alimentos para o NE, *Folha de São Paulo*, [online]. 30/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

ARONOWITZ, R. A. *Making sense of illness: science, society and disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

BARBOSA, A. 600 pessoas saqueiam depósito de merenda escolar na Paraíba, *Folha de São Paulo*, [online]. 17/03/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

BIANCARELLI, A. 'Comida-remédio' chega ao Brasil com bula. *Folha de São Paulo*, [online]. 15 mar. 1998. Caderno 3, p. 1-4. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/arquivos. Acesso em 1/8/2006.

BIONDI, A. Mais complicadores (graves) para o país, *Folha de São Paulo*, [online]. 23/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

BONALUME NETO, R. Doença de pobre não rende manchete. *Folha de São Paulo*, [online]. 20/02/2000. Suplemento Revista da Folha, p. 33. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/arquivos. Acesso em 1/8/2006.

BOURDIEU, P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1997.

CATANHÊDE, E. Chove a chuva eleitoral, *Folha de São Paulo* [online]. 19/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5 set. 2006.

CARVALHO, M. Imprensa e biotecnologias, liberdade e risco: a bulímia como metáfora da atualidade. *Revista de Comunicação e Linguagens*, v. 33, p. 355-373, 2004.

CARVALHO, M. *Obesidade e pobreza na imprensa: epidemiologia de uma questão social*. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura), Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007a.

CARVALHO, M. Risco, dispositivos de informação e a questão do governo em sua relação com a saúde nas sociedades contemporâneas. *Revista Estudos de Comunicação*, n. 2, p. 147-170, 2007b.

CASTEL, R. From dangerousness to risk In: Burchell, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (orgs), *The Foucault effect: studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p. 281-98.

CONSTANTINO, C. F. e LOPEZ, F. A. Obesidade infanto-juvenil. *Folha de São Paulo*, [online]. 27/01/1999. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 1/8/2006.

ESCÓSSIA, F. da. Doenças do coração crescem em países pobres, *Folha de São Paulo*, [online]. 27/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 1/8/2006.

FELINTO, M. Comunidade solidária e a fome dos sertanejos, *Folha de São Paulo*, [online]. 21/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

FELIPPE, F. *Obesidade zero: a cultura do comer na sociedade de consumo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2003.

FERNÁNDEZ-ARMESTO, F. *Comida: uma história*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D.B. (org.), *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade; 1989. p. 69-80.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Repique" pode prolongar efeito do El Niño, *Folha de São Paulo*, [online]. 13/03/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

FOLHA DE SÃO PAULO. Exército cerca prédio em Recife, *Folha de São Paulo*, [online]. 18/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

FOLHA DE SÃO PAULO. Flagelados da seca, de novo, *Folha de São Paulo*, [online]. 21/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

FOUCAULT, M. Verdade e poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998a. p. 1-14

FOUCAULT, M. Não ao sexo rei In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998b. p. 229-42.

FOUCAULT, M. A governamentalidade: curso do Collège de France, 1 de fevereiro de 1978. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998c. p. 277-95.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2001.

FURTADO, B. FHC reage e faz críticas a "desesperados", *Folha de São Paulo*, 31/05/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

GASPARI, E. Ruth está certa. *Folha de São Paulo*, [online]. 07/06/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

GIRALDI, R. Solução depende de Deus, diz FHC. *Folha de São Paulo*, [online]. 07/05/1998. Caderno 1, p. 4. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/arquivos. Acesso em: 13 set. 2006.

GUIBU, F. Sem-terra invadem 20 fazendas em PE, *Folha de São Paulo*, [online]. 31/03/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

LUPTON, D. *The Imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage, 1995.

MONTEIRO, C. A., CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Is obesity replacing or adding to undernutrition? evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutrition*, v. 5, n. 1, p. 105-112, 2002.

MORTON, T.A.; DUCK, J.M. Communication and health beliefs: mass and interpersonal influences on perceptions of risk to self and others. *Communication Research*, v. 28, n. 5, p. 602-26, 2001.

NASSIF, L. A miragem do São Francisco, *Folha de São Paulo*, [online]. 13/05/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

O'MALLEY, P. Risk and responsibility. In: BARRY; OSBORNE; ROSE (orgs.). *Foucault and political reason liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Obésité: prévention et prise em charge de l'épidemie modiale: rapport d'une consultation de l'OMS*. Genève: OMS, 2003.

RABINOW, P.; ROSE, N. Foucault today. In: *The essential Foucault: selections from the essential works of Foucault*, 1954-1984. New York: New Press, 2003.

ROSE, N. *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

ROSE, N. The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, v. 18, n. 6, p. 1-30, 2001.

SANTIAGO, V. Sem-terra começam marcha, *Folha de São Paulo*, [online]. 06/04/1998. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 5/9/2006.

SOARES, R. Brasil prepara campanha para conter epidemia de obesidade, *Folha de São Paulo*, [online]. 11/10/1999. Disponível em: http://www.folha.com.br/. Acesso em 1/8/2006.

VARELLA, D. Obesidade inexorável. *Folha de São Paulo*, [online]. p. E10. 22/03/2003. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/arquivos. Acesso em: 17 jan. 2006.

SOB A ÉGIDE DA EPIDEMIOLOGIA DO RISCO: LEGITIMIDADE E CONTROLE ATRAVÉS DA NORMALIZAÇÃO SOCIAL[1]

Ednalva Maciel Neves

Questões iniciais

Este texto aborda as relações entre cultura e ciência no chamado mundo ocidental, cuja dinâmica influi sobre formas de pensamento e práticas socialmente reconhecidas. Meu enfoque se concentra na contextura entre discursos científicos e valores culturais, dos quais procuro destacar o envolvimento de categorias de entendimento[2] e modalidades de comportamento.

[1] Estas reflexões são provenientes de minha pesquisa de doutorado em Antropologia Social, na UFRGS, a qual tomou a epidemiologia como campo empírico de investigação (NEVES, 2004). Fiquei grata aos epidemiologistas no Brasil e na França, pela acolhida e disponibilidade para o diálogo, bem como à CAPES e ao CNPq, por terem subsidiado as atividades da pesquisa.
Nota da autora: o leitor encontrará ao longo do texto, alguns trechos destacados entre aspas, que são impressões emitidas pelos meus interlocutores (epidemiologistas) da investigação. Tais destaques são uma tentativa de manter evidenciada a perspectiva dialógica do estudo (NEVES, 2004).

[2] **Categoria do entendimento** é um conceito antropológico desenvolvido por Durkheim (1996), referente ao conjunto de conceitos socialmente construídos, que configura a "ossatura da inteligência", compondo, segundo ele, a cosmologia das sociedades. **Conceitos** configuram critérios de classificação e interpretação da realidade social. A esse respeito, ver Cardoso de Oliveira, em *As categorias do entendimento na antropologia* (1988).

A reflexão problematiza a associação entre risco e saúde, já consolidada no pensamento contemporâneo, cujas repercussões sobre as práticas sanitárias cotidianas são cada vez mais visíveis, sejam elas profissionais ou populares. Ajuízo que a apropriação do risco, como conceito operacional da epidemiologia, legitima uma modalidade científica de interpretação da saúde-doença, designada aqui, como "discurso epidemiológico do risco".

Por intermédio da epidemiologia, a ideia de risco se integrou à retórica médica, cujas orientações têm proposto enfaticamente modificações nos hábitos, atitudes e comportamentos relativos à saúde e à doença. Em função da palavra especializada, a concepção de risco chega ao dia a dia, avançando sobre várias dimensões da vida social, como sexualidade, atividades profissionais, práticas esportivas, alimentares, entre tantas mais.

Em meio às inovações provocadas pela modernidade, a categoria "risco" tem se revelado uma das mais notabilizadas, em razão de sua influência nas estruturas de pensamento e nos modos de vida das coletividades. Trata-se, em outros termos, do desenvolvimento de um processo racional para enfrentamento de supostos perigos e ameaças – por vezes, virtuais–, cujo fim seria a preservação da vida, investindo-se no futuro.

O termo risco, porém, não surgiu na pós-modernidade. Ele já existia nos registros de navegadores italianos do século XIV que, alarmados com os traços deixados nos cascos dos navios pelos *icebergs* submersos, denunciavam o perigo para as embarcações. Lenta e progressivamente, a palavra apareceu em outras línguas, mantendo seu duplo sentido de sinalização e

perigo, até chegar ao século XVII, quando se materializou no contexto linguístico anglo-saxônico. Esses fatos, somados à inexistência da palavra em idiomas não-ocidentais, sinalizam sua ascendência sobre o mundo ocidental.

Risco pode ser considerado um desses signos pertencentes ao domínio das matrizes culturais (BOLTANSKI, 1989), que assumem significados diferentes quando mobilizadas em sistemas simbólicos distintos. A compreensão da natureza polissêmica do risco aponta, sociologicamente, para três aspectos: (*i*) a natureza coletiva de sua construção; (*ii*) o caráter contínuo de elaboração de sentidos; (*iii*) e os conflitos pela hegemonia da significação.

Estou querendo ressaltar que "risco" ostenta tal polissemia em função de atribuições distintas oriundas do contexto cultural. Tal multiplicidade semântica advém do fato de o significante "risco" ser de domínio coletivo, cujos significados designados por grupos sociais possuem referentes também diferenciados. Por exemplo, nas relações entre profissionais e pacientes, os fatores considerados de risco pelos especialistas de saúde, quase sempre, não encontram correspondência nos aspectos "arriscosos"[3], apontados pelos segundos.

A noção de risco deriva da representação de perigo, e sua emergência decorre da elevada importância que as sociedades ocidentais atribuíram à razão. Elias (1993) ponderou que a racionalização é

[3] "***Arriscoso***" é termo comumente usado em determinadas regiões do Nordeste brasileiro, por alguns segmentos da população, em referência aos aspectos considerados perigosos para aqueles grupos sociais.

historicamente completada na sociedade burguesa, representando um dos traços marcantes da civilização ocidental, cuja instauração se deu a partir das transformações dos costumes na chamada sociedade cortesã.

Se antes os conflitos eram resolvidos, basicamente, através do uso da força física, a racionalização trouxe mudanças substanciais, organizadas de forma a manter os privilégios da *coterie* cortesã. A manutenção de tais privilégios expressava-se através do desenvolvimento de algumas pre-condições: capacidade de cálculo, previsão e autocontrole, assim como o conhecimento do terreno humano e externo a ele.

Essas coordenadas racionalizantes transformaram-se ao longo do tempo. De instrumentos de controle e previsão, objetivando fins muito específicos, passaram a encarnar aspirações mais gerais, que desembocaram na racionalidade do risco. Foi a partir daí que a concepção de risco se integrou progressivamente ao corpo das sociedades modernas, amparada em critérios de cálculo, especialmente relacionados à vida humana. Tal racionalidade articula tempo e acontecimentos, considerando que "*a capacidade de definir o que poderá acontecer no futuro e de optar entre várias alternativas é central às sociedades contemporâneas*" (BERNSTEIN, 1997, p. 2).

Através da racionalização, tomou forma uma cosmologia orientada pela teoria das probabilidades, vínculo matemático do conceito de risco[4]. No

[4] Bernstein (1997) afirmou que a "*concepção moderna de risco teve suas raízes no sistema de numeração indo-arábico, que alcançou o Ocidente há cerca de setecentos a oitocentos anos*" (p. 3).

senso comum, essa categoria ampliou seu alcance, articulando-se a outras ideias – notadamente, às de segurança, previsão, precaução – e conformando um sistema de pensamento compatível com as expectativas e incertezas atuais.

As avaliações de risco permeiam as esferas da vida em coletividade por várias vias: das seguradoras, das administradoras financeiras, da meteorologia, da economia de mercado, da formulação de políticas estatais, das avaliações psicológicas, entre outras. Enfim, domínios que propõem normas voltadas para à regulamentação das relações sociais. Na saúde, o discurso sobre riscos repercute nos hábitos pessoais como tabagismo, alimentação, prática de exercícios físicos, sexo sem camisinha etc., assim como nas decisões da gestão pública setorial (campanhas de vacinação, vigilância sanitária e epidemiológica, modelos assistenciais).

No âmbito das ciências, o conceito de risco tornou-se ajustado por meio de seu potencial de operacionalização de informações, resultado do desenvolvimento de metodologias para quantificação dos fenômenos. A influência do discurso científico do risco aparece em destaque quando se trata da "*formação de novas identidades e práticas individuais e grupais, surgidas destas novas verdades*" (RABINOW, 1999, p. 147), inclusive aquelas constituídas a partir de conceitos advindos das biociências, como grupos de portadores de doenças.

Nesse contexto, considero o estudo sobre o pensamento científico relevante porque ele (re)define problemas que implicam a história da humanidade (STENGERS, 2002). O domínio das "práticas

de racionalidade" foi sugerido por Rabinow (1999), para demonstrar que as retóricas científicas vêm mobilizando um sistema simbólico, contribuindo, assim, para a configuração de sistemas de pensamento. A compreensão acerca da *racionalidade epidemiológica* permite visibilidade ao exercício da ciência, motivada pela produção de conhecimento sobre saúde e doença.

Os epidemiologistas, articulados em torno da convicção de que operam um bem coletivo (DOUGLAS, 1998), e a partir do engendramento condicional de sua racionalidade, de certo modo passaram, então, a ser vistos como produtores de sentidos, atuando na construção de representações, normas e regras voltada para as práticas da saúde – agentes sociais imersos na teia de significados culturais. Chamo a atenção sobre a participação desses "especialistas", em particular, na disputa simbólica pela representação coletiva da categoria "risco".

O risco epidemiológico trata da probabilidade de ocorrência de uma doença ou de evento afim. Sua legitimação operacional se dá pelas "associações estatísticas significantes". Não busco aqui, desconsiderar o conhecimento da disciplina, e sim compreender as intersecções existentes entre ciência e cultura, refletindo e repensando práticas, cujas racionalidades e discursos têm sido hegemônicas no campo sanitário.

Racionalidade do risco e a epidemiologia

A racionalidade do risco explora a capacidade de análise de eventos passados para definição de

possibilidades de futuro[5]. Tanto os eventos sociais indicados por Elias (1993), quanto os acontecimentos oriundos da natureza, como catástrofes, erupção de vulcões, terremotos, furacões, por suposto, poderiam ser avaliados a partir de sua ocorrência, com identificação e intervenção sobre seus determinantes, considerando a redução de danos e os riscos de distintas ordens.

O sistema, tomado como instrumento de avaliação de incertezas, incorporou a ideia de *prevenção* e *precaução*, essa última surgida no século XX, e cuja formulação se estende a três tipos de problemas: (*i*) médicos, (*ii*) ambientais, (*iii*) de consumo. O *princípio da precaução* decorre, em tese, do reconhecimento da irreparabilidade dos danos e admite que riscos fazem parte de qualquer empreendimento (EWALD, 1996, p. 396).

Importante apontar que, para essa modalidade de pensamento, caberia ao sujeito o domínio sobre seu futuro. Sobre ele recaem responsabilidades pelas decisões da vida, de cunho pessoal (físico-biológica, profissional e outros), familiar, e até por eventos sociais. Em tal lógica, os argumentos utilizados para qualquer adversidade culpam o "descaso pessoal"; os infortúnios resultariam da apropriação e/ou do uso inadequados de conhecimentos. A ideologia da responsabilização reforça a categoria de pessoa enquanto valor (DUMONT, 1985) e povoa o imaginário coletivo, fortalecendo a noção de que o indivíduo seria

[5] Para Lautman (1996, p.273), a aposta de B. Pascal foi a primeira tentativa, na história do pensamento, de se aplicar um cálculo de probabilidade ao destino individual.

"dono" de seu destino, independente da história e dos processos desfavoráveis que amoldam sua condição existencial.

Nesse nicho, o risco tornou-se uma instituição cujas representações exercem controle social através do discurso, que dita formas de normalização em termos corporais, psíquicos, afetivos. Por isso mesmo, os atores que não se enquadram nas "expectativas protocolares" passam a ser considerados portadores de atributos que ofereceriam "risco" à sociedade. Tal visão de mundo desconsidera contextos e aspectos que, sabidamente, interferem nos comportamentos em questão.

Sob a égide do risco, o controle se faz pela prescrição de protocolos aos grupos populacionais ditos "problemáticos", em razão dos perigos que lhes são (auto)atribuídos: desde fatores genéticos até posturas sociais. Na sequência disso "*é que surgiu uma medicina preditiva*, *uma medicina vigilante*, *uma medicina de uma ideia de prevenção*" (NEVES, 2004). A partir de então, desenvolveu-se um sistema de vigilância social, com dupla orientação: pessoal-psicológica e gestão de populações, ampliado por novas tecnologias discursivas (CASTEL, 1987).

Tais considerações revelam os dois aspectos centrais dessa lógica coletivizada: medição e controle, os quais, no âmbito das ciências, se traduzem em valorização do calculável e do previsível (STENGERS, 2002).

Nesses termos, risco representa para a epidemiologia um conceito operacional eficaz, assegurando a produção do "discurso da verdade" (RABINOW, 1999). A constituição paradigmática dos

discursos sobre risco inseriu a epidemiologia na ordem dos saberes científicos, fornecendo o critério de classificação, abordagem e interpretação dos fenômenos atinentes à saúde e à doença.

O "raciocínio epidemiológico" tem uma tradição histórica marcada pela abordagem progressiva das doenças – epidemias, moléstias infecciosas e não infecciosas – e pelo desenvolvimento de um método adequado à determinada forma de avaliação de causalidades. A criação de associações científicas de epidemiologistas e sua inclusão no ensino da formação médica confirmam a consolidação e institucionalização do "raciocínio epidemiológico" como tradição disciplinar.

A categoria "risco" possui características relevantes para as práticas de investigação epidemiológica: classificação da realidade e operacionalização metodológica. A primeira envolve a definição de objetos de estudo, a produção de "fatos-objeto"; já a segunda determina a abordagem deles. Tais características atuam no reconhecimento dos sujeitos que seriam habilitados na produção desses fatos, estabelecendo a especificidade profissional.

Aliada ao *paradigma da doença* como forma de leitura da saúde, a epidemiologia tem tomado a "chance" de ocorrência das enfermidades como índice para avaliação da "realidade sanitária", empregando justamente o recurso instrumental dos *fatores de risco*. A validade dessa abordagem vem ampliando a autoridade da disciplina, insuflando desmesuradamente sua intervenção classificatória não apenas no setor saúde, mas também em outras dimensões da vida.

Tal processo se insere no deslocamento do enfoque epidemiológico para as doenças crônico-degenerativas, exigindo alternativas conceituais e metodológicas na determinação dos fatores associados à causalidade[6] das enfermidades e dos agravos. No estudo das afecções não transmissíveis e crônicas, com causas complexas, o modelo explicativo preferencial para evidenciar realidades difíceis de apreensão tem sido o dos fatores de risco, que se impõe por meio de associações estatísticas – elo de ligação para estabelecer a causalidade entre dois acontecimentos, fundamental a esse tipo de raciocínio.

Cabe ressaltar que o risco provoca uma inflexão nos fundamentos da relação causa-efeito dos sistemas explicativos, cuja eficácia passou a ser forjada pela *expressão matemática da causa dinâmica* (YAKIRA, 1994). Em termos práticos, se a causalidade representa uma afirmação que exige um conjunto de comprovações, a expressão matemática reduz essa comprovação à esfera das "relações entre fatores", de modo que a causa, nessa situação, pode ser estabelecida a partir do modelo reducionista do risco.

Por essa via, a epidemiologia poderia ser tomada como um dos pilares modernos da medicina[7] (CAMARGO JÚNIOR, 1992), integrando a divisão do

---

[6] Sobre a historicidade do conceito de causa de doenças, ver Barata (1990). Na epidemiologia, essa temática pode ser encontrada em Almeida Filho (2000), Castiel (1999) e Ayres (1997).

[7] Segundo Camargo Jr. (1999), a medicina moderna foi fundada sobre três pilares de orientação científica: (*i*) a fisiologia, (*ii*) a patologia (*iii*) e a epidemiologia.

trabalho em saúde, através da produção de conhecimento científico específico. A vocação acadêmica da epidemiologia tem associado sua suposta competência, à liberdade, relativamente grande, de "poder fazer afirmações" sobre eventos relativos à saúde e à doença. Para tanto, a área vem se esmerando em estabelecer distinções especializadas quanto ao significado do risco, mantendo seu caráter de signo/símbolo compartilhado com um conjunto de disciplinas biomédicas que também dele fazem uso, e com o senso comum. Essa particularidade lhe fornece, por um lado, grande difusão interna no campo da medicina e, por outro, penetração nos domínios sociais mais diversos.

A epidemiologia se debruça sobre *fatores negativos* apresentados como "perigosos" para a saúde. No entanto, o que está em jogo na ordem da legitimidade é o fato de que se estabelecem recomendações normativas e interventoras, tanto quanto se "acionam" tais fatores. O conhecimento sobre os fatores de risco atuaria como uma espécie de indicação para um controle societário mais amplo, a partir da discursividade relativa a fenômenos de saúde e doença.

A disciplina também informa as especialidades médicas, constituindo-se como domínio de normalização (FOUCAULT, 1984). A referência ao conhecimento epidemiológico nas clínicas permite ao profissional de medicina justificar seus procedimentos e intervenção sobre fatores de risco para doenças, frente aos pacientes – tanto no setor público, quanto no privado.

No âmbito da governança estatal, a disciplina tem fornecido a "base técnico-científica" para a adoção de decisões políticas, tanto na proposição de medidas de intervenção coletiva, quanto na organização

de serviços de saúde. A inclusão da epidemiologia na 'jurisprudência' do Sistema Único de Saúde (SUS) reforça o reconhecimento do saber epidemiológico como referência científica para questões relativas à doença e saúde, pelos níveis hierárquicos tradicionais de prevenção. Seu emprego nos serviços fundamenta ações do planejamento estratégico e da gestão em saúde.

A utilização da informação epidemiológica nas relações entre profissionais de saúde e usuários do serviço ofertado, assim como nas intervenções governamentais, é cada vez maior. No entanto, têm sido os meios de comunicação de massa televisão, jornais, internet, e até mesmo o rádio, aqueles que, de fato, contribuem para a difusão de tais informações, motivando e influenciando decisões, sobretudo, de natureza individual.

Num intercâmbio cultural, as atuações disciplinares cristalizam, por um lado, a valorização da dimensão científica dos fatores de risco, através do que se considera um "tratamento racional de fenômenos" e, por outro, a tendência de aplicação do conhecimento produzido. O alcance do discurso epidemiológico resulta de uma capacidade própria para definir a normalidade dos fatos a seu modo, e estabelecer normas de convívio social.

Conceito científico: racionalidade classificatória do risco

A relevância da metamorfose conceitual da categoria *risco* em sua dimensão epidemiológica repousa na potência irradiadora da difusão científica.

As vinculações do risco epidemiológico com matrizes culturais viabilizam mecanismos de diferenciação simbólica de sentidos.

Segundo Durkheim e Mauss (1999), o pensamento científico se constitui como instituição social, atuando na qualidade de sistema de classificação do mundo. Assim, o estatuto institucional da epidemiologia passa antes pela fundação do sistema de classificação mobilizado pelo conceito de risco. Trata-se de hierarquizar seres, acontecimentos e fatos do mundo, subordinando uns aos outros, a partir de suas relações de inclusão e exclusão.

O processo de distinção conceitual da epidemiologia teve início na ordenação de significados e tomou "forma de sistema" a partir da classificação de práticas e agentes sociais. Constituiu, portanto, um movimento em três direções: (*i*) definir objetos-fatos; (*ii*) estabelecer atores com competência para exercitar essa definição; (*iii*) concorrer para um *établissement* moral dos sujeitos. Por sua vez, essas três dimensões correspondem, respectivamente, a três categorias institucionais: a conceitual, a profissional e a moral.

Assim, "*o que se faz na disciplina, por exemplo, é trabalhar o conceito de risco para adequar a parâmetros mais técnicos*" (NEVES, 2004). Esse processo é conduzido pelo potencial pragmático de produção de conhecimento, formulado como conceito (WEBER, 2003), capaz de ordenar fenômenos de maneira técnica. Ao próprio termo "risco" se adiciona uma série de adjetivações, tais como: *risco atribuível*, *risco relativo*, *risco absoluto* etc.

O que garante sua autonomia e consistência nocional é, justamente, a estratégia de atribuir-lhe um

significado diferente daqueles relacionados à experiência da vida cotidiana, em razão de nessa esfera circular, a assunção de que "*a noção de risco aparece quando o homem começa a pensar* [...] *a idéia de chance*" (NEVES, 2004). Chance seria utilizada pelo senso comum, em razão de ela não exigir elaboração especializada para seu emprego.

Nessa perspectiva, o uso corrente da noção de risco poderia assumir qualquer atribuição e mobilizar aspectos de classificação dos acontecimentos distintos da ordenação científica. O raciocínio corriqueiro não prima pelo uso especializado do termo; já a racionalidade tecnocientífica notabiliza-se por demarcar a "adequabilidade" e a "veracidade" de suas afirmações pela fundamentação teórico-metodológica.

Através da incorporação das referências estatísticas no estudo das doenças é que se estabelece essa distinção. A "[...] *definição matemática de risco é central para a epidemiologia. A epidemiologia é o estudo de risco sobre a saúde*" (NEVES, 2004). O trato quantitativo dos fenômenos se conjuga com a abordagem populacional (característica dos estudos epidemiológicos) reforçando sua autonomia disciplinar no campo da medicina.

Epidemiologicamente, o risco capitaneia análises inacessíveis à compreensão leiga, unindo lógica e prática de pesquisa para garantir a "eficácia" de seu discurso: "*o que a gente faz aqui é dizer: olha, o risco é esse. Mas, como tu calculas, como tu chegas a dizer isso, que pressupostos tu usas para definir risco... isso depende*" (NEVES, 2004). A racionalidade do método, a aptidão para medição e a reflexão são elementos inerentes à competência do pesquisador e fazem

a diferença entre o conhecimento científico e o saber profano. Desse modo, é no *estilo de construção do conhecimento* que se reconhece seu caráter científico e que se estabelece a diferenciação de outros saberes[8].

A legitimação conceitual do risco tornou-se fundamental para compor a estrutura de pensamento e práticas epidemiológicas contemporâneas, fornecendo "inovações" às tradições disciplinares através de novas sistematizações, sobretudo, metodológicas. É por isso que os artigos publicados em revistas científicas mais notórias do campo, invariavelmente, estampam o termo risco (ou seus derivados) no título dos trabalhos: dispositivo esse ligado à preocupação dos pesquisadores em acionar o arsenal epidemiológico na "comprovação" da validade e da competência disciplinar.

Existe, portanto, um jogo de linguagem conectado à busca da eficácia simbólica do discurso acadêmico e da autoridade das pesquisas. Mesmo considerando que causalidade e probabilidade comportam acepções diferentes, ao utilizar expressões como "associações causais" ou "determinantes causais", por exemplo, o discurso epidemiológico invoca a pretensão de evidenciar uma suposta associação entre certos fatores analisados e fenômenos orgânicos indesejados.

Segundo Rabinow (1999), "*o avanço científico inclui o árduo trabalho de demonstrar que o conceito pode ser formalizado numa prática*" (p. 185). A

[8] Rabinow (1999, p.126) afirma que "a ciência, para Canguilhem, é um 'discurso verificado num setor delimitado da experiência'. A ciência é uma exploração da norma da racionalidade em ação. Tão firme quanto uma crença na ciência, percebe-se aí uma crença na sua historicidade e pluralidade".

matriz conceitual de risco epidemiológico propõe definir os objetos de estudo e como abordá-los, além de prescrever quem teria a competência para realizar essas operações, caracterizando o estilo de pensamento e as ações investigativas.

Como parte da racionalidade científica, a popularidade exitosa do risco resultou da reunião, num mesmo sistema de pensamento, da ordem conceitual e da ordem metodológica. A história da epidemiologia é exemplar para tal: mantiveram-se atreladas nesse processo, (*i*) a definição de fatores de risco; (*ii*) a quantificação das variáveis; (*iii*) a objetividade; (*iv*) a precisão; (*v*) a predição; (*vi*) a aptidão para indicar medidas de intervenção e controle sobre eventos.

As práticas de pesquisa e o método epidemiológico têm sido apresentados como eixo absolutamente central para a disciplina "se diferenciar" no campo das ciências da saúde e biomedicina, elevando sua importância perante outras.

Na formação em saúde, "*os alunos chegam com essa explicação um pouco burilada*, [...] *por meio do* [profissional] *clínico que usa o risco frente a pacientes*" (NEVES, 2004). Constata-se que, tal como existe um "conceito leigo de risco", os profissionais da área também se apropriam, de modo variável, de tal noção. No entanto, essa utilização não condiz com a lógica científica própria da epidemiologia. Assim, enquanto os epidemiologistas utilizam o conceito para produzir um saber tecnicamente complexo e codificado, o clínico busca "traduzir" esse conhecimento para seus pacientes.

As balizas conceituais do risco instituem distinções: os que pertencem ao campo disciplinar corres-

pondente e os "não habilitados" nessa esfera aplicativa, perfilando uma clara divisão social do trabalho na área da saúde. Tal (des)qualificação também se faz presente, internamente, no campo sanitário, entre os "não-epidemiologistas": hierarquizam-se os que conduzem estudos analíticos complexos voltados para a construção de associações causais, e os demais pesquisadores (aqueles que não realizam esse tipo de análise investigativa) (NEVES, 2004).

É no âmbito formativo da epidemiologia que se transmite o diferencial conceitual: seu ensino nos cursos da área de saúde revela o potencial de profissionalização e autonomia disciplinar. O referido processo aponta uma crescente "autonormatização" e a busca de "legitimidade social" dos epidemiologistas (WEBER, 1994). Essa autonomia pode ser entendida como tentativa de torná-los profissionais distintos entre os demais do campo sanitário, inclinados a levar em conta as regras firmadas por sua tradição disciplinar, que fornece o ponto de partida ou de ruptura.

A transmissão do *estilo de pensamento* e do fazer epidemiológico se expressa nas circunstâncias em que não se negociam limites jurisdicionais, fundando o controle de sua própria divisão do trabalho (FREIDSON, 1996, p. 3). É justamente a institucionalização pela educação formal e/ou treinamento, ministrado por um corpo docente especializado e portador de *status quo* profissional, que define e autoriza a competência dos neófitos na aquisição desse conhecimento específico (FREIDSON, 1996).

A partir da função simbólica e social de "poder-dizer", verifica-se a relevância em caracterizar a

prática epidemiológica como exercício de pesquisa científica voltado para a produção de conhecimento. Incorporada ao "fazer epidemiológico", a linguagem do risco estabelece, por si só (e para si), uma diferenciação de outras linguagens do âmbito da saúde.

Nesse sentido, a epidemiologia representa um "*sistema de relações de produção, circulação e consumo de bens simbólicos*" (BOURDIEU, 2003), ao qual os produtores também estão submetidos. O conceito científico de risco tornou-se, além de instrumento de classificação e de abordagem de objetos de estudos, categoria de interpretação do mundo, associada à moral e ao imaginário coletivo, a qual advoga que "*coisas boas da vida são arriscadas*". Atua, assim, na esfera das atribuições simbólicas de valor.

O discurso epidemiológico do risco deu origem, também, à classificação dos grupos e das pessoas *portadores de risco*. O caso do surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS, em inglês) tornou evidente esse processo. Herzlich e Pierret (1988) revelaram como os estudos epidemiológicos acerca da AIDS, através da mídia, chegam ao domínio da vida cotidiana, incluindo as categorias hierarquizantes mencionadas.

Segundo essas autoras, "*bem antes da Sida* [AIDS] *já se sabia que a doença e a medicina são passíveis de investimento no plano simbólico e são igualmente objetos de* [...] *construção de sentido e de elaboração de* [...] *saber*" (HERZLICH e PIERRET, 1988, p. 1128). Muitas vezes, resultam em atitudes carregadas de preconceitos e estigmas sociais. Isso ocorre em razão de a simbologia do "risco" compor um consenso de interpretação do mundo, no qual "*a*

integração 'lógica' é a condição da integração 'moral'" (BOURDIEU, 1989, p. 10).

Em tal contexto, o discurso do risco fornece, então, aspectos relativos a regras de conduta social, na medida em que articula cuidado de si e moralidade, para resultar na interdição de comportamentos e modos de vida, de maneira a gerir riscos no dia a dia. Ao corroborar determinados valores sociais, a retórica do risco retoma aspectos culturais de preconceitos historicamente arraigados, confrontando-os aos comportamentos "desviantes" ou "transgressores" (indesejados, segundo uma visão hegemônica), que articulam estimulantes vinculações entre risco, prazer e liberdade.

Atento para que ninguém venha a se expor ao risco, o discurso médico-epidemiológico se corporificou como mecanismo social de normalização e controle da vida. A recomendação que dele brota está voltada para as condutas, os hábitos e costumes sociais, pautada em termos de biossegurança e ideias de (des)contaminação; ou em termos técnicos do "sexo seguro" e uso de preservativos; ou, ainda, na intervenção sobre comportamentos afetivo-sexuais, limitando parceiros. A intenção é fazer com que as pessoas tomem decisões, informadas acerca dos riscos a que estariam submetidas ao ignorar tais informações.

Essa ordem normativa recai, pesada e sutilmente, sobre o indivíduo, em razão de que a ele é atribuída a dimensão afetiva e emocional, componente subjetivo a ser administrado socialmente. O discurso do risco atinge, assim, a moralidade pessoal, instância que sucumbe às escolhas e prazeres mundanos, escapando às regras da moralidade coletiva. Como

consequência, posturas e atitudes "arriscadas" têm sido nomeadas de "irracionais", segundo os padrões técnicos – ajuizadas como fruto de motivações individuais e inclinações consideradas refratárias à normalidade social.

Quando está em jogo a saúde, seus profissionais, em geral, atuam convencidos de que o sujeito seria portador de natureza propensa ao risco e avessa às regras e normas vigentes. Nesse caso, verifica-se o consenso entre discurso e prática dos especialistas da área para intervir nos corpos sociais. Ademais, o indivíduo seria a instância última das medidas de proteção e prevenção.

Conjugam-se, no julgamento da relação entre o caráter "perigoso" e "as coisas boas da vida", os elementos de negociação sobre a incorporação ou não de mudanças no modo de vida. Não é por coincidência que a dimensão do prazer do risco diz respeito a três esferas da vida pessoal: (*i*) alimentação, (*ii*) práticas corporais, e (*iii*) afetividade.

Entretanto, a tomada de decisão e o livre arbítrio de homens e mulheres são aspectos centrais nas sociedades ocidentais, visto que eles não tomam o futuro como um capricho dos deuses (BERNSTEIN, 1997). Aí reside o paradoxo do risco, porque articula uma ordem discursiva fundada sobre aspectos normativos e, ao mesmo tempo, uma enganosa esfera de direitos individuais de escolha. Porém, aquele que desprezar as informações disponíveis e circulantes, será acusado de não seguir as prescrições que "ajudam" na gestão dos riscos.

A epidemiologia contribui com essas elaborações e se apropria dos princípios racionais para reafirmar o

seu próprio sistema de crenças, no qual articula dois elementos: a relação entre exposição e evento, e a eficácia do conhecimento científico. Isso justifica a eleição da metodologia epidemiológica como condição de pertencimento ao campo disciplinar e qualificação do saber produzido, sobretudo quando os argumentos convergem estrategicamente para valores como vida e saúde.

Vida e saúde são evocados para promover o consumo do conhecimento epidemiológico, cujo papel central consistiria em "produzir informação para a ação" (NEVES, 2004).

Dimensão comunicativa do risco: saber-informação

A ampla circulação do conceito de risco nos meios de comunicação resulta de sua expressão vinculada à ordem da vida social, mas, também, do seu "peso" como construção científica. Segundo Durkheim (1996), as categorias possuem a propriedade da universalidade, entendida como a capacidade de um significado alcançar o maior número de sujeitos de uma coletividade; por isso mesmo, o risco se constitui um signo linguístico de grande abrangência.

Na dimensão da simbologia linguística, o risco demonstra ampla perfusão social na integração de sistemas. Para Bourdieu (1989), os "*símbolos são instrumentos, por excelência, da 'integração social': enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação*" (p. 10). Segundo esse autor, os símbolos tornam o *consensus* possível, contribuindo para a reprodução da ordem societária.

Bourdieu (1989) afiançou também que o poder da ciência reside em sua capacidade de constituir um consenso em torno da representação e do sentido do mundo. Para os epidemiologistas, o poder simbólico se instituiu a partir do "*poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica*" (BOURDIEU, 1989, p. 9); isso representaria uma habilidade de instituir significados para a doença e seus condicionantes, nos domínios da medicina, da saúde pública e do senso comum.

A mediação do risco nos processos de comunicação invoca distintivos morais e éticos. Por detrás da retórica do risco está a instituição da vida e da saúde como valores nas sociedades ocidentais, que faz convergir interesses entre diferentes atores sociais. Um dos precursores da ideia de investigar "saúde como poder" e "vida como valor cultural" foi Georges Canguilhem (2002). Para ele, o desenvolvimento da genética e da biologia molecular denunciou a ênfase cultural sobre disciplinas reguladoras desse valor.

No mesmo horizonte de ideias, Rabinow (1999) afirmou que "*a nova compreensão da vida não está nem na estruturação, nem na regulação de funções, mas numa mudança de escala e posição – da mecânica à teoria da informação e comunicação*" (p. 130). Daí a relevância estratégica da epidemiologia enquanto disciplina produtora de "*informação para a ação*". A epidemiologia, concebida como *saber-informação* (RABINOW, 1999), atuaria pela legitimidade do conhecimento, fundamentando intervenções sobre o corpo individual e social.

O saber científico tornou-se referência para provimento de medidas de controle sobre os problemas

de saúde: "[...] *os trabalhos, os resultados dos estudos da epidemiologia servem a uma idéia de tratar um pré-doente, a pessoa que não está ainda afetada por nenhuma doença*" (RABINOW, 1999, p. 135). O autor insiste nas ideias de biopoder e biotecnologia na transformação da vida social, pela instituição do *saber-informação*, dirigida à intervenção em saúde pública e nas especialidades biomédicas.

O *saber-informação* produzido passou a ser relevante em qualquer atuação do campo sanitário. Um dos instrumentos mais utilizados, contemporaneamente, para ordenar informações divulgadas, tem sido a metanálise, já que com "*esta ferramenta nós somos capazes de avaliar trabalhos e a qualidade científica do conhecimento que nos é fornecido via Internet, via jornal, via revista*" (NEVES, 2004). Nesse sentido, a epidemiologia se afirma, também, como *saber-padronização*, através do instrumental de apreciação do conhecimento disponível.

A função comunicativa do risco indica, por conseguinte, dois aspectos importantes para a disciplina. O primeiro é de natureza estrutural e interna ao campo, ligado à linguagem e à ideia de cientificidade do conceito de risco. Essa definição se conjugou com a divisão do trabalho médico, instituído a partir do nascimento da clínica, tal como discutido por Foucault (1984).

O segundo aspecto diz respeito ao processo contemporâneo de divulgação do conhecimento acadêmico para as demais esferas da vida comum. Nesse sentido, a epidemiologia ampliou seus mecanismos de interdição, na medida em que passou a designar largamente, o que seria e o que não seria arriscado para a saúde.

Nesse processo, o salto diferenciador da disciplina se deu justamente em função de sua visibilidade, construída com base na ação comunicativa. Enquanto a epidemiologia manteve uma linguagem restrita aos próprios pares, seu alcance esteve limitado aos sistemas e às instituições de saúde.

A epidemiologia contemporânea se caracteriza por essa "*racionalidade pós-disciplinar*" (RABINOW, 1999, p. 130): "*na ótica do clínico, acho que ele hoje assumiu através de toda essa operacionalização, uma leitura mais qualificada nessa dimensão de risco*", e, "*na ótica do paciente, eu acho que como ele está lendo muito mais coisas da imprensa, da mídia, dessa forma, ele está sendo mais exposto a esses conhecimentos, mas eu acho que ele ainda carrega consigo a sua própria visão de risco, e isso pode ser conflitivo ou não*" (NEVES, 2004).

A interlocução entre epidemiologistas e população assumiu, então, grande relevância no contexto atual. Desse modo, se diz que "*não tinha como conversar com a população falando em odds ratio* [a medida do risco], *mas risco permite que a população compreenda o que se está dizendo*". A transposição do científico para a linguagem comum indica os intercâmbios, as trocas e a migração de ideias entre ciência e sociedade; a atuação que tem sido atribuída ao pesquisador, contribui para a visibilidade e as legitimidades sociais do saber que produz (LATOUR, 2000).

No entanto, permanece a tensão referente à aplicação "técnica" dirigida ao sujeito – acerca de um conhecimento popularmente desenvolvido. Essa tensão está relacionada à eficácia da retórica epidemiológica e sua capacidade de intervir sobre os

comportamentos sociais. Portanto, é do jogo entre domínios – o coletivo e o individual, o público e o privado –, entre saberes e práticas, que se vem cristalizando a eficácia simbólica do discurso do risco no imaginário coletivo.

Fundamental reconhecer que o processo de comunicação dos riscos atinge todos nós: os que informam e os que são informados. A diferença encontra-se na forma de valorização da notícia divulgada e no consequente manejo dos riscos. A questão exposta aos sujeitos não é a proteção absoluta, mas a administração da regra.

Reflexões finais

Considero que a ênfase dada ao *risco*, pela epidemiologia, constitui típico exemplo da influência do discurso tecnocientífico, na configuração de categorias coletivas. A especificidade da disciplina e do conhecimento que produz, tem como objetivo nortear as políticas públicas de saúde, fomentando intervenções no cotidiano, tanto através de medidas de caráter assistencial, quanto por meio de campanhas sanitárias.

A conquista simbólica da epidemiologia, acerca do direito de "*dizer das coisas arriscadas*", foi alcançada pela tecnificação do risco probabilístico, contextualizada em análises de causalidade atinentes aos fenômenos de saúde e doença.

A influência da ideia de risco deve ser analisada, por um lado, como conceito que tem assegurado o exercício e o discurso da pesquisa epidemiológica; e,

por outro, como categoria polissêmica que viabiliza a troca de informações e orientações entre várias dimensões culturais. Por conseguinte, o discurso sobre o risco na saúde comporta um elemento incriminador, que responsabiliza cada pessoa por aquilo que possa vir a acontecer com sua saúde; aos profissionais tem sido atribuída "autoridade" para exercer controle sobre comportamentos sociais. Dessa autoridade tem emergido a capacidade de intervenção.

A quantificação dos eventos passados, fornecendo informações para ações futuras, em termos de previsão, precaução e prevenção, é o que caracteriza o risco epidemiológico.

A constituição da *ideologia* da prevenção e da precaução se faz por referência ao contexto sociocultural mais amplo, como condição de atuação do sujeito frente ao mundo e de *re-visão* da concepção de saúde. Esse enfoque abrange, também, os processos de mercantilização e terceirização dos cuidados em saúde.

A eficácia simbólica do discurso epidemiológico do risco ocorre, principalmente, em nível individual. Estabelece-se um duplo enquadramento dos comportamentos, especificado pelas ideias de previsão e de prevenção, tentativa de controle temporal dos acontecimentos na intervenção sobre condutas.

Por força da imposição dessas ideais, acaba restando ao indivíduo recorrer a uma única estratégia: acatar as indicações normativas propostas, das quais não pode escapar. Fora dessa perspectiva, restaria apenas a deterioração física e orgânica, que levaria à doença e ao sofrimento. Assim, as consequências para o indivíduo que não se sensibiliza mediante normativos

são, em princípio, desastrosas. Tal discurso pedagógico reforça a ideologia preventiva, e contribui para tornar imperativa a inclusão das normas relacionadas aos comportamentos e hábitos, nas relações entre os indivíduos, e na relação consigo próprios.

A ampliação do espaço social de diálogo da disciplina tem provocado a expansão da capacidade de atuação do epidemiologista. O *expert* tem sido, cada vez mais, requisitado pela sociedade, por se lhe atribuir competência para intervir, coletivamente, nos fenômenos de saúde e doença.

O estudo sobre a categoria *risco* traz à tona, por sua vez, a questão da identidade e biossociabilidade, fundadas sobre a égide do discurso biogenético. Além disso, possibilita a compreensão das estratégias culturais de grupos, vivendo em contextos sociais complexos onde há violência, fome, sexualidade, morte, doenças. E mais: eles contribuem para estabelecer relações entre especialistas e senso comum, de modo a viabilizar interlocuções entre eles. A relativização do discurso técnico e a valorização da visão de mundo são os ganhos desse processo entre atores sociais, resultando em novas experiências.

A racionalidade do risco contempla aspectos relativos à construção moral, que viabiliza a distensão das fronteiras impostas pelas regras, crenças e práticas. Existem negociações cotidianas entre os riscos e "as coisas boas da vida", embora seja esse o objeto de controle social. A dimensão do *possível* mobiliza práticas sociais distantes do "racional" esperado, para o devir dos acontecimentos. Ela corporifica a ordem emocional e arbitrária da noção, focalizando a responsabilidade pelos riscos nas pessoas.

A epidemiologia não foge dessa ambiguidade do risco, manifestando aquilo que denomino de *paradoxo disciplinar*. Tal paradoxo acarreta a situação "incômoda" de produzir um determinado conhecimento, tomando por base a dimensão populacional, e de "revertê-lo" depois, para medidas de cunho individual, que podem ser adotadas ou não, seja no nível coletivo das políticas, seja no nível das ações curativas pontuais.

A consagração coletiva do risco recebe, portanto, essa contribuição do campo da medicina, entendida como instituição de controle social de práticas. Trata-se da disposição de valores incorporados e cristalizados nos discursos, que se efetivam, no dia a dia, pelas relações entre as pessoas comuns, sistema e atores da saúde.

A experiência fragmentada nas sociedades ocidentais leva-nos a reconhecer que comportamentos e atitudes podem conviver com competências profissionais sem tantos conflitos. A complexidade moderna está na origem da inspiração cultural e científica do risco, na qual se inclui a epidemiologia, como apontam Elias (1994) e Simmel (1987), em razão de que expõe a individualidade ao desafio de antever relações e comportamentos, como parte de sua condição social e cultural.

Perigo, incerteza e insegurança fazem parte, agora, do contexto diário dos sujeitos. Devido a isso, a reação cultural consiste em constituir categorias que contemplem essas ideias e forneçam perspectivas de ação, o que suscita reação particularizada e interiorizada das ações sociais. A noção de risco aparece como uma reação cultural ao crescente estado de ameaça que circunda o indivíduo, "proprietário de si".

Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

AYRES, José Ricardo. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BERNSTEIN, Peter. *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *Homo Academicus*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 203-230, 1992.

CANGUILHEM, Georges. Écrits sur la médecine. Paris: Éditions du Seuil, 2002.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. As "categorias do entendimento" In: *Sobre o pensamento antropológico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, Luís David. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Fiocruz, 1999.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DOUGLAS, Mary. *Como as instituições pensam*. São Paulo: Edusp, 1998.

DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação: contribuição para o estudo das representações coletivas. In: MAUSS, Marcel. *Ensaios de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

ELIAS, Norbert. *O processo civi*lizador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

EWALD, François. Philosophie de la précaution. *L`Année Sociologique*, v. 46, n. 2, 1996.

EWALD, François; GOLLIER, Christian; SADELEER, Nicolas. *Le principe de precaution*. Paris: PUF, 2001.

FOUCALT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCALT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

FRADIN, Bernard; QUÉRÉ, Louis; WIDMER, Jean (Orgs). *L´Enquête sur les catégories: de Durkheim à Sacks*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1994.

GRANGER, Gilles-Gaston. *La science et les sciences*. Paris: PUF, 1993.

GUIVANT, Julia S. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. *BIB*, n. 46, p. 3-38, 1998.

HACKING, Ian. *The taming of chance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Une maladie dans l´espace public: le Sida dans six quotidiens français. *Annales ESC*, n. 5, p. 1109-1134, 1988.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: EdiUNESP, 2000.

LAUTMAN, J. Risque et rationalité. *L`Année Sociologique*, v. 46, n. 2, 1996.

NEVES, Ednalva Maciel. *Alquimia moderna: cultura e racionalidade do risco entre epidemiologistas*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Porto Alegre: UFRGS, 2004.

PIERRET, Janine. Un regard sociologique sur les problèmes posés par le risque biologique. *Journal International de Bioéthique*, v. 11, n. 11, p.27-33, 2000.

RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1999.

ROUQUAYROL, M. Zélia. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SPINK, Mary Jane. *Os contornos do risco na modernidade reflexiva*. In: VII Encontro Regional da ABRAPSO. Bauru-SP: Outubro de 1998. Mimeo.

SPINK, Mary Jane. Trópicos do discurso sobre o risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de. Saúde Pública*, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002.

STENGERS, Isabelle; SCHLANGER, Judith. *Les concepts scientifiques: invention et pouvoir*. Paris: Gallimard, 1991.

WEBER, Max. *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo: Cultrix, 1968.

WEBER, Max. *Economia e sociedade*. 3.ed. Brasília: Editora da UnB, 1994.

YAKIRA, Elhanan. *La causalité de Galilée à Kant*. Paris: PUF, 1994.

EPIDEMIOLOGIA E SENSO COMUM: A CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

José Wellington Araújo

Introdução

Conceitos e práticas vigentes no campo científico precisam ser compreendidos com profundidade maior que o seu sentido utilitário, porque pode haver tanto significados outros, não explicitados nesse "uso", quanto potencialidades de emprego não exploradas nas práticas em voga. Para isso, é imprescindível o criticismo, que só se realiza plenamente à luz da história. Conceitos e práticas sem tal referência tendem à naturalização, o que elimina a possibilidade crítica, pois a dúvida metódica é o "motor" da ciência. O mito apaga a sua memória.

Na epidemiologia, o criticismo não é menos necessário. Esse campo, como outros, evoluiu para aplicações diversificadas, com seus respectivos critérios de cientificidade em disputa renhida pela supremacia acadêmica. As práticas mais filiadas às questões sociossanitárias foram desprestigiadas em relação àquelas destinadas à produção de insumos para combater doenças e agravos, já que as últimas vêm garantindo retorno financeiro a grandes corporações farmacêuticas e hospitalares. Se há retorno econômico certo com a chamada epidemiologia clínica, por sua vez, a epidemiologia social é um investimento a fundo perdido. Essa afirmação não nega a necessidade de

se lidar com a questão custo-benefício em qualquer situação; tampouco questiona a importância social de qualquer dos empregos da epidemiologia. O que pretendo é chamar a atenção para o fato de que um campo científico não pode ficar totalmente à mercê do setor financeiro.

O debate se faz necessário porque novos usos, por exemplo, da epidemiologia descritiva (a qual aborda populações e pode incorporar as questões coletivas nas suas análises) estão sendo requeridas pelas políticas de saúde vigentes. Descentralização das decisões, ações intersetoriais e participação social constituem diretrizes que têm implicações com a prática epidemiológica nos serviços de saúde. Pode-se vislumbrar uma presença maior dessa prática na rotina dos serviços, principalmente na atenção básica à saúde, subsidiando a tomada de decisões locais e regionais, dialogando com outros setores e com a compreensão popular dos usuários daqueles serviços. O último ponto apresenta um nexo direto com a educação, a comunicação e a participação social em saúde.

Outra vertente de interesse para o criticismo diz respeito ao fenômeno de ênfase massiva às mudanças comportamentais que circulam atualmente no campo sanitário – relacionadas ao modo de se alimentar, de se relacionar sexualmente, praticar ou não exercícios físicos etc. – ditadas pela *epidemiologia dos fatores de risco*. Não raras vezes, a contenção e prevenção de eventos em saúde têm sido preconizadas através de discursos sobre a modificação de hábitos pessoais, em detrimento da desconsideração de outras questões mais politizadas e que não são de responsabilidade dos indivíduos.

Aqui a necessidade do controle sanitário imbrica-se de forma indissolúvel com o controle moral e político da sociedade. Mas, por enquanto, basta chamar a atenção para o *potencial comunicativo* da epidemiologia. O problema é que tal processo comunicativo, em grande parte, velado e endógeno, prescinde do protagonismo social – aspecto marcante das políticas de saúde, no Brasil, mais recentes. O questionamento da hierarquia dos saberes – ciência e saber popular – é um passo necessário para que o potencial comunicativo da epidemiologia possa elevar o patamar da cultura geral em saúde, de um nível sanitário para um nível salutar.

Este texto apresenta alguns subsídios para o debate proposto e os problematiza.

Antecedentes

Até o tempo de Hipócrates (460-355 a.C) a epilepsia era considerada uma possessão divina. Ao romper com o pensamento mágico, esse médico grego fundou uma ontogênese dinâmica para a doença, baseada na harmonia entre uma natureza (*physis*) no homem e fora dele. A doença seria a perturbação desse equilíbrio. As circunstâncias externas não representariam *causas*, mas *ocasiões*, relacionadas à *constituição epidêmica* dos sujeitos. Via-se a doença como uma reação generalizada, com intenção de cura (CANGUILHEM, 1990).

As sistematizações hipocráticas possibilitaram certa previsibilidade e prevenção das doenças, fosse pela prescrição da temperança nos hábitos pessoais

ou pela adoção de medidas incidentes sobre a coletividade. O livro *Ares, Águas e Lugares* teria sido, por mais de dois milênios, o texto epidemiológico fundamental (ROSEN, 1994).

Todavia, a concepção dessacralizada adquiriu outra forma, baseada na demonstração analógica da passagem de certas doenças de um indivíduo para outro: o *contágio* (contato), antes uma noção vaga e, ainda hoje, associada ao medo e à rejeição pelo outro. A percepção do contágio fora documentada já na antiguidade clássica. Na Idade Média, essa noção convivia popularmente com a de *corrupção dos humores* ambientais, baseada na tradição hipocrática. Diante da peste, as pessoas evitavam a proximidade e o contato com os doentes (CZERESNIA, 1997).

No século XV, sem o reconhecimento oficial do contágio, mas com convicção afirmada na propagação de certas doenças, instituiu-se a quarentena. A terapêutica continuava inespecífica, e a conduta com a doença era meramente expectante. O Renascimento fez brotar nos espíritos científicos, uma necessidade de intervir sobre a natureza, e para isso era necessário entendê-la, não na sua totalidade, mas nos seus pormenores. No século XVI, Girolamo Fracastoro, médico italiano, formulou uma teoria do contágio com pretensões científicas, "*primeiro esboço de uma construção que ainda não tem possibilidade de expressão*" (CZERESNIA, 1997, p. 81).

As doenças infecciosas seriam causadas por partículas invisíveis e animadas, dotadas de propriedades como especificidade, resistência e viscosidade. Tais agentes se multiplicariam no corpo do doente, daí se propagando para as pessoas sãs. Fracastoro angariou

reconhecimento científico na sua época, mas depois foi relativamente esquecido. No entanto, as duas correntes – uma que entendia a doença como resultante do desequilíbrio entre os sistemas corpóreos e extracorpóreos, e outra que a entendia como entidade própria, extracorpórea – desde então, passaram a se antagonizar no campo científico. De todo modo, as duas concepções expressavam-se de forma complementar, nas práticas sociais daquele tempo (CZERESNIA, 1997).

No século XVII, o médico inglês Thomas Sydenham atualizou, para a ciência, a tradição hipocrática, formulando uma *teoria dos miasmas*, segundo a qual os surtos epidêmicos das doenças infecciosas seriam causados pelos estados da atmosfera. Até fins do século XIX, houve momentos de supremacia e de desvalorização de uma e de outra corrente, culminando com o grande debate científico entre contagionistas e anticontagionistas, na segunda metade daquele século. E se a bacteriologia foi considerada uma vitória dos contagionistas, a epidemiologia representou uma vitória de ambos, e não menos de um que do outro.

Movimento seminal

Já no século XVII, John Graunt desenvolvia métodos numéricos para a abordagem de problemas sociais e sanitários. O registro sistemático da mortalidade, na Inglaterra, prestava-se a prover uma vantagem social à classe privilegiada, avisando-a com antecedência da proximidade de pragas e pestes, mas acabou por conduzir a novos estudos e novas compreensões sobre a doença na coletividade (SUSSER, 1991).

No século XIX, relacionado às exaltações no campo político, econômico e social (*movimento seminal*), teria havido também um grande entusiasmo com a estatística. Instrumento técnico dos sanitaristas, a estatística demonstrava a mortalidade diferencial por idade, gênero, área rural-urbana e outros aspectos; e calculava o efeito sobre a saúde de fatores como classe social, ocupação, etnia, intemperança, aprisionamento e carência de saneamento. No debate entre contagionistas e anticontagionistas, a estatística era utilizada para demonstrar uma e outra teoria, principalmente a miasmática, que estava no seu apogeu.

Naquele momento, os estados atmosféricos que predispunham às doenças infecciosas – os miasmas – não mais provinham das entranhas da Terra, senão do ambiente insalubre, como defendia o reformador e déspota esclarecido inglês Edwin Chadwick, intuindo que a doença levava à pobreza. Ou mais ainda: a insalubridade seria decorrente das condições objetivas de vida, social e historicamente construídas, como acreditava o sanitarista e socialista francês Louis Villermé, intuindo que a pobreza levava à doença, e não o contrário. Outro socialista importante para a epidemiologia, o médico e antropólogo alemão Rudolf Virchow, além de estudos sobre patologia celular, formulou o conceito de *epidemiologia social*, destacando a natureza histórica e societária das doenças (SUSSER, 1991). Como se vê, a posição anticontagionista foi defendida, inclusive, por cientistas renomados.

William Farr, médico anticontagionista, quantificou o cólera em Londres, procurando relações com fatores diversos (variáveis dependentes), inclusive com a altura das localidades onde moravam as

vítimas contaminadas. Mostrou que a mortalidade era insignificante nas partes altas da cidade, aumentando paulatinamente, nas partes baixas, seguindo o curso do rio Tâmisa. A hipótese de Farr era específica e podia ser posta à prova: ele esperava poder demonstrar os efeitos nocivos dos miasmas provenientes das águas negras que fluíam para os baixios londrinos. Mas os seus achados, corretos, deviam-se a outra particularidade local.

Coube a John Snow apontar as contradições das análises de William Farr. Snow montou os seus próprios estudos e demonstrou a especificidade da propagação do cólera, deduzindo, mesmo sem tê-lo visualizado, a natureza microbiana do agente etiológico específico daquela doença. Tais estudos representam um marco no desenvolvimento da epidemiologia, e não terá sido menor a contribuição do outro contendor. Os relatórios de Farr subsidiaram a reforma sanitária inglesa, do final do século XIX, com ações orientadas para a eliminação das fontes de miasmas, que foram extremamente exitosas na redução da mortalidade geral, apesar de baseadas em uma teoria etiológica equivocada (SUSSER, 1991).

Por outro lado, a resistência da maioria dos médicos ao contagionismo tinha uma explicação. Se os leigos percebiam claramente o contágio, aos médicos faltava uma teoria convincente, pois, até então, esse contágio ainda não passava de influências físicas e químicas de uma pessoa doente sobre uma sã, por contato, fômites ou pelo ar. Além disso, observavam-se casos de doenças epidêmicas sem possibilidade de influência direta, sem que se conhecesse nenhum outro caso vindo de fora. Até que fosse esclarecida a

propagação à longa distância e o papel de animais vetores, a teoria do contágio não teria credibilidade.

Em 1877, Jacob Henle formulou com clareza a ideia do contágio vivo, mas foi considerado o defensor de uma hipótese morta. Logo depois, seu discípulo Robert Koch, juntamente com Louis Pasteur, desenvolveu a *teoria dos germes*, pondo fim à polêmica. Pouco antes de sua vitória avassaladora, a teoria do contágio experimentara a mais profunda desvalorização (ACKERKNECHT, 1948).

Tudo isso pode parecer paradoxal, se nos detivermos apenas nos parâmetros de uma disputa no campo científico e nos esquecermos da interferência de forças e interesses outros, imbricados nos caminhos trilhados pelas disciplinas científicas. Nesse caso, a chave para entender a supremacia do anticontágio durante quase todo o século XIX, seria a ascensão do liberalismo econômico. Os anticontagionistas eram reformadores liberais (à exceção de alguns socialistas), defensores das liberdades individuais e comerciais. Os contagionistas, "*com poucas exceções como a do liberal Henle*, *eram conservadores e reacionários*, *representantes do antigo regime*" (TERRIS, 1988, p. 4).

O controle sanitário, do ponto de vista dos contagionistas, implicava o cerceamento das liberdades e o fortalecimento de uma burocracia velha e enrijecida. A questão que acirrou o debate foram as divergências quanto à organização das práticas sanitárias, particularmente a vigência da *quarentena*, fundamentada na teoria do contágio. Para os comerciantes e industriais, a quarentena significava a limitação das exportações, prejuízos financeiros e o controle

burocrático de suas atividades. Essas classes exerceram pressão política, e mesmo financiaram estudos que pretendiam demonstrar a fragilidade científica da quarentena (ACKERKNECHT, 1948).

A quarentena levou o debate científico para o nível da disputa de interesses internacionais. Na primeira Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em Paris, em 1851, discutiu-se a natureza da propagação de doenças como o cólera e, então, as considerações de ordem política foram inevitáveis. Para a Inglaterra era vantajoso que essas enfermidades fossem miasmáticas, enquanto a Espanha queria que fossem infecciosas, pois, assim, poderia impor barreiras comerciais à Inglaterra (NAJERA, 1988).

A última contenda aconteceu na França, em 1881, com a participação da opinião pública. As revistas especializadas e a imprensa leiga andavam abarrotadas de artigos sobre os trabalhos realizados no laboratório de Louis Pasteur, na *École Normale Supérieure*. "*Dia após dia*, *semana após semana*, *discípulos*, *médicos e higienistas focam toda a sua atenção no que acontecia com inúmeras colônias de micróbios em diferentes meios*, *visualizadas ao microscópio ou inoculadas em animais*" (LATOUR, 1983, p. 143). Pasteur fazia demonstrações públicas dos seus experimentos. A "comprovação científica" tornara-se um espetáculo, e o laboratório um verdadeiro teatro. O otimismo terapêutico, na plenitude do espírito positivista, era infindável. Landouzy, discípulo de Pasteur, asseverou uma frase que se tornaria célebre: "*Chegará um dia*, *graças à higiene científica*, *em que as doenças desaparecerão como desapareceram certas espécies de animais antidiluvianos*" (LATOUR, 1986, p. 344).

Consequências para a epidemiologia

Com a teoria bacteriana, a *epidemiologia das populações* foi substituída pelo controle dos agentes infecciosos. Ações preventivas de saúde pública deslocaram seu enfoque mais voltado para as mudanças significativas das condições sociais e ambientais, para o desenvolvimento de vacinas: com isso, o *reducionismo unicausal* tornou-se dominante. Mas, já na primeira metade do século XX, com a melhoria das condições de vida nos países desenvolvidos e o avanço das ciências da saúde, declinaram também as doenças infecciosas; o novo padrão de morbimortalidade passou a ser dominado pelas doenças crônicas e degenerativas. Só assim, a ambiência física e social tornoram-se, outra vez interessantes para a epidemiologia.

O *pensamento multicausal*, emergente naquela época, preocupava-se com a "exposição" das pessoas a fatores ambientais nocivos. Para algumas doenças e agravos, como os relacionados à poluição atmosférica, a teoria miasmática parecia se reeditar. Ainda mais se considerarmos que a causalidade específica fora abandonada e não havia mais a obrigatoriedade de explicitação dos fatores intermediários entre a exposição e o efeito.

Com as doenças infecciosas, era imprescindível a demonstração do mecanismo de ação (patogênese) de um agente etiológico. Nesse contexto, seria suficiente uma associação estatística significativa entre um suposto fator de risco e uma determinada doença, desde que se tomasse o devido cuidado para "isolar" os fatores de confundimento dessa relação. A

não explicitação desse mecanismo de ação também é conhecida como *paradigma da caixa preta*.

Esse procedimento se justificaria pela extrema complexidade causal das doenças não infecciosas, que não permitia uma demonstração efetiva, uma vez que nenhum fator em particular poderia ser considerado como uma causa exclusivamente necessária ou suficiente. Contudo, isso não impediu que se realizassem descobertas significativas para a saúde pública. Um exemplo, entre muitos outros: nos anos 1950, os estudos de caso-e-controle e, de coortes, das duplas de cientistas, E. Winder & A. Graham e R. Doll & B. Hill, deram visibilidade à relação entre tabagismo e carcinoma pulmonar, embora se desconheçam, em grande parte, os processos que levam à patogênese dessa doença.

Para contornar essas dificuldades, a abordagem metodológica sofisticou-se, ficando cada vez mais dependente da estatística, embora os grandes avanços e descobertas iniciais da *epidemiologia dos fatores de risco* tenham ainda se dado com estatísticas simples. Com o avanço das tecnologias de informática, os bancos de dados, antes inimagináveis, se tornaram corriqueiros nos trabalhos epidemiológicos, passando a possibilitar "simulações" com modelos dinâmicos, supostamente capazes de operar com as ideias de limiar crítico e interação entre variáveis, por exemplo.

Demarcação do campo epidemiológico: controvérsias

Atualmente, há um grande número de subespecializações: *epidemiologia dos fatores de risco*,

epidemiologia clínica, *epidemiologia genética*, *epidemiologia dos serviços de saúde*, *vigilância epidemiológica*, entre outras. As práticas demandadas pela saúde pública são também conhecidas como *epidemiologia descritiva*. Esse quadro gerou uma competição entre as diversas práticas e uma hierarquia sobre a relevância de cada subárea. Nos países desenvolvidos, o critério de cientificidade predominante parece que passou às mãos dos epidemiologistas clínicos, enquanto no Brasil, onde o ensaio randomizado é incipiente, a metodologia dos fatores de risco detém o prestígio e a hegemonia. Nos dois casos, a epidemiologia descritiva, que sobreviveu como subsidiária da saúde pública, tem sido considerada como pouco capaz de produzir conhecimentos novos (PENNA, 2003).

Para alguns autores, essa multiplicidade fragmentária não é coerente com a definição clássica da epidemiologia, que estudaria a distribuição de doenças e agravos à saúde e os seus determinantes em populações humanas (BUCK, 1988). Outros, seguindo a linha desenvolvida por Bourdieu, consideram que uma disciplina é sempre um "*espaço de conflitos*, *disputas de poder e confrontamento de visões de mundo*" (CARVALHO, 2003, p. 3). E os epidemiologistas, ao investigarem as condições de ocorrência das doenças no homem, o fazem, empregando os mais diversos métodos e técnicas, de acordo com o propósito do seu estudo, seu posicionamento teórico e sua visão de mundo.

Um campo científico costuma ser demarcado pelo seu *objeto*, mas na prática epidemiológica esse objeto é múltiplo. Ele pode ser tanto a doença na

espécie humana, quanto doentes em populações; ou doença no indivíduo, sendo que os fatores de risco tendem à individualização; ou moléculas e genes preditores de doenças; ou a eficácia de insumos terapêuticos e profiláticos e até o impacto de programas de saúde. Por outro lado, de acordo com os critérios de Kuhn (1996), os paradigmas que definem um campo disciplinar são afirmados e institucionalizados pela comunidade científica, e não pelos filósofos.

Tal objeto poderia ser intermediário entre os diversos campos – ciências da saúde e ciências humanas – que confluem para a epidemiologia, no esforço de compreender a enfermidade na sua dimensão entre o indivíduo e a coletividade humana (CARVALHO, 2003). Miettinen (1985) já afirmara que, a relação de uma medida de ocorrência com os seus determinantes se define como "*função de ocorrência*", e que "*essas relações ou funções são, em geral, o objeto da epidemiologia*" (p. 6). Também Goldberg (1990) havia dito que "*este obscuro objeto da epidemiologia*" é mesmo um "*objeto relacional*", e que a finalidade última da epidemiologia seria "*esclarecer a natureza da relação entre a saúde dos indivíduos e a saúde de uma população*" (p. 124). Maul de Carvalho, por sua vez, falou que, com a admissão de um recorte intermediário, pode-se chegar a um "*objeto histórico definido por suas relações de ocorrência*" (CARVALHO, 2003, p. 8), mesmo quando se parte da quantificação das doenças, conforme definições dadas pela fisiopatologia (área essa, que comporta uma concepção naturalizante das enfermidades).

Ainda segundo Carvalho (2003), o campo epidemiológico não tem sido demarcado pelo seu objeto

e sim por questões técnicas de método; tal fato é que conduz à distinção hierárquica entre as práticas. E mais: essencialmente, a diferenciação pelo método restringe a possibilidade de incorporação de outros métodos. Cabe lembrar que o delineamento das fronteiras de qualquer campo científico está permanentemente atravessado por embates epistêmicos (submetidos ao campo ideológico e político) e esta será sempre uma questão aberta. No caso da epidemiologia, com um objeto tão fugidio, isso parece ser ainda mais intenso. Em geral, os epidemiologistas desconhecem, ou não desejam reconhecer, as críticas aos seus conceitos e métodos, contentando-se com uma justificativa pelo uso histórico, simplesmente porque parece "funcionar"; ignoram ou põem de lado a investigação filosófica. Em relação a tal perspectiva, Weed (1998) ironizou: "*Quem liga para isso?*" (p. 43).

Eficácia técnica e potencial comunicativo

Originariamente concebida como um método empírico voltado para o controle de agravos sanitários em populações humanas, a fragilidade filosófica da epidemiologia não impediu que ela se mostrasse extremamente eficaz nessa sua tarefa, hoje valorizada como "um instrumento imprescindível" (GOLDBERG, 1990; ALMEIDA FILHO, 1992). O método consiste, grosso modo, na distribuição dos indivíduos de uma população em grupos com máximo de semelhança, distintos apenas pela presença ou ausência do fator estudado. Os dados empíricos são projetados em modelos teóricos, nos quais, a validade das associações

estatísticas se coloca à prova. Aqui, segundo Almeida Filho (1992), os sujeitos seriam dessubstancializados e transformados em seres com existência em "*universos paralelos*".

Então os epidemiologistas lidariam com duas populações de naturezas distintas: uma *real*, à qual se refere o seu banco de dados; e outra *abstrata*, teórica, onde se idealizam as possíveis relações de causa e efeito. De acordo, ainda, com o pesquisador baiano, a lógica inferencial que conecta esses dois níveis populacionais foi desenvolvida pela epidemiologia, é o seu campo próprio, e a essa lógica deve ser atribuída a eficácia técnica da disciplina.

Ao mesmo tempo, os epidemiologistas têm se mostrado bastante inclinados e interessados em comunicar seus resultados ao público geral, principalmente quando tais resultados dizem respeito aos *fatores de risco*. Mesmo que o público receptor desconheça a epidemiologia como disciplina científica, é notável o discurso massivo sobre mudanças de hábitos e de comportamentos (vinculados à suposta vida saudável) que ela vem propagando nos meios de comunicação – só passíveis de serem alcançadas [as mudanças], caso esse público tenha aporte financeiro elevado, acesso às informações, e condições de vida adequadas. Geralmente, tais informações alcançam o grande público, circulando desde os congressos de epidemiologia até um sem número de revistas virtuais "especializadas" para leigos.

O interesse pela comunicação de massa tem explicações que extrapolam a lógica disciplinar e sua real eficácia técnica: os *fatores de risco*, tomados como *constructos contemporâneos*, estão presentes,

hoje, em todos os setores da atividade e da vivência humana: finanças, ambiente, política, alimentação, esportes, sexualidade, trabalho, saúde... E os *estilos de vida* se tornaram inerentes à constituição identitária das pessoas (CASTIEL, 1996). Portanto, se a epidemiologia é pobre em filosofia, compensatoriamente parece ter construído uma retórica mais poderosa do que se costuma pensar. Mas esse discurso seria subsidiário do senso comum, tanto na sua sintaxe como na sua semântica. Por isso, "*muitos continuam intrigados com a constatação de que a epidemiologia está na moda, e não desconfiam do poder daqueles discursos que conseguem sintonizar com o seu tempo*" (ALMEIDA FILHO, 1992, p. 151).

Aqui, convém destacar um problema, também de natureza epistemológica, mas que pode levar a consequências sociais não desejáveis. De acordo com Bachelard (1974) e a sua *Filosofia do Não*, um novo saber científico deveria romper com o conhecimento estabelecido, seja ele da ciência pregressa ou do senso comum. Esse exercício abstrato de *desfamiliarização* seria a essência do espírito investigativo e deveria habitar o cerne dos métodos e procedimentos científicos, segundo o filósofo. Mas, no caso do risco epidemiológico, estaria configurada uma situação de ruptura incompleta com o senso comum. Esta espécie de *confound* epistemológico, no limite, elevaria a epidemiologia a um patamar de dispositivo de controle dos estilos de vida e, portanto, controle da própria identidade moral e política das pessoas. Mais salutar seria ver esse grande potencial comunicativo da epidemiologia dirigido ao esclarecimento do saber popular em saúde.

Limites teóricos e práticos

Um tema clássico da filosofia da ciência discute a possibilidade de se conhecer a verdade absoluta dos fenômenos apreensíveis, ou se este conhecimento é irrevogavelmente limitado: respectivamente, *determinismo* e *indeterminismo* filosófico. No final do século XVIII, Laplace, astrônomo, matemático e físico francês, afirmara que tudo seria possível predizer, quando conhecêssemos a intensidade e a direção das muitas forças que atuam no universo: o indeterminismo tornar-se-ia temporário e produto da nossa ignorância (PHILIPPE, 1998). Isso retratava o ideal da ciência newtoniana, que se expandiu culturalmente para todos os campos do conhecimento. Mas o determinismo não resistiu à mecânica quântica, e um novo paradigma emergiu com o *princípio de incerteza* de Heisenberg e outros. Em todo caso, esse novo espírito científico, embora tenha abondonado a causalidade estrita, não se afastou da discussão causal, razão da própria ciência. A causalidade permaneceu como uma "*circunscrição do indeterminismo*", na expressão de Bachelard (1974).

A epidemiologia moderna está diretamente vinculada a essa questão, na medida em que um dos seus pilares metodológicos é a *teoria das probabilidades*, por sua vez fundamentada em modelos estocásticos: "*Uma ligação estocástica entre dois conjuntos E e F associa aos elementos de E não um elemento determinado de F, mas um elemento de que se sabe apenas pertencer a um subconjunto determinado de F*" (LALANDE, 1996, p. 1259). O problema advém da complexidade múltipla e interativa inerente ao mundo

real e, sobretudo, quando abordamos a organização dos sistemas biológicos e humanos. Por exemplo, em relação à doença coronariana, existem mais de duzentos fatores diferentes envolvidos, interagindo não se sabe como. A esse respeito, jamais se alcançará um conhecimento absoluto, porque a imprevisibilidade é inescapável (PHILIPPE, 1998).

Todavia, a *teoria das probabilidades* assume que os elementos constitutivos de um determinado conjunto sejam absolutamente homogêneos e inteiramente independentes uns dos outros. Aplicar essa teoria na epidemiologia implica desconsiderar, por um lado, a diversidade dos sujeitos e a complexidade interativa dos grupos populacionais humanos. Nesse caso, realiza-se uma *operação de redução*, em que a diversidade humana coletiva é unificada e transfigurada em elementos quantificáveis; uma operação de *disjunção*, onde os sujeitos são "isolados" uns dos outros e de seu ambiente relacional (GOLDBERG, 1990). São postas de lado, descartadas, as relações sociais: espaço de produção de representações, saberes, modos de vida, comportamentos e subjetividades humanas. Samaja (1998) resumiu tal paradoxo da seguinte forma: "*à supremacia lógica das categorias de conjunto deve-se tanto a potência quanto os limites da epidemiologia moderna*" (p. 28).

Por outro lado, o *reducionismo metodológico é aceitável, desde que estejam apontados e reconhecidos os seus limites*; afinal, isso é inerente a qualquer método. Mas como os *contextos* deixados de lado pelo método – sociais, éticos, políticos, ambientais – não são externos ao objeto científico, faz-se necessário um controle da qualidade rigoroso dos resulta-

dos das pesquisas epidemiológicas. Obviamente, esse controle deveria ser feito para além das comunidades tradicionais de *expertise* científica, fato que, na prática, mostra-se incomum e/ou inexistente. Funtowicz e Ravetz (1997) propuseram que essa avaliação crítica, no contexto da formulação de políticas, fosse realizada por uma "*comunidade ampliada de pares*"; isso é, todas as pessoas afetadas por determinada questão investigada. Tal perspectiva representaria não apenas um gesto ético, mas, sobretudo, um enriquecimento político vital do processo que envolve a pesquisa.

Se o reducionismo metodológico é ainda aceitável, o reducionismo lógico pode aproximar-se da mentira. Para a teoria das probabilidades, as características das categorias de conjunto são atributos exclusivos da coletividade, e de forma alguma poderiam referir-se a qualquer sujeito em particular. O legítimo seria buscar relações e propriedades presentes apenas no nível coletivo, e que, por isso mesmo, não podem representar atributos individuais (BACHELARD, 1974). Assim, o hábito de reportar as taxas de riscos e os atributos grupais aos indivíduos "particulares" constitui uma flagrante incongruência lógica. Os epidemiologistas têm sido, pelo menos, omissos, na medida em que a "prevenção", no nível social, segue concebida no cotidiano investigativo da área, apenas como uma intervenção massiva sobre os sujeitos (SUSSER e SUSSER, 1998).

Em todo caso, mesmo com a compartimentação e individualização do risco epidemiológico, alguns problemas de saúde foram minorados, a partir de mudanças nos hábitos de consumo e de serviços preventivos em saúde. Mas nem sempre isso tem se

mostrado eficaz e, no limite, esse tipo de responsabilização individual costuma ser acompanhado de culpabilização, preconceito e estigmatização social (VALLA, 1996; SABROZA, 1994). De fato, transcorrido mais de meio século dos estudos epidemiológicos sobre o tabagismo e seus efeitos, o carcinoma de pulmão e a doença coronariana continuam sendo problemas prioritários para a saúde pública de todos os países.

Epidemiologia descritiva: a eloquência dos indicadores

Houve um tempo em que o critério de cientificidade em saúde passava, essencialmente, pela descrição detalhada da fisiopatologia, parasitologia, microbiologia, ambiente e mediação do processo patológico. Na epidemiologia, com o avanço dos métodos estatísticos, esse critério descritivo deslocou-se para os modelos de análises (CARVALHO, 2003).

Quase banidos do meio acadêmico, os estudos descritivos têm sido apresentados nos manuais de epidemiologia atuais de modo discreto e superficial, tal como no livro de Maurício Pereira (1995), no qual aparecem com o mero papel de "*informar sobre a distribuição quantitativa de um evento na população*" (p. 271). Para esse autor, o objetivo de tais estudos seria a identificação de grupos de riscos, subsidiando a prevenção e o planejamento de ações preventivas. Alguns achados poderiam requerer maior aprofundamento e, nesse caso, se aplicariam às metodologias dos estudos analíticos, porque ao

contrário dos estudos descritivos, as pesquisas analíticas "*usualmente estão subordinadas a uma ou mais hipóteses científicas*" (PEREIRA, 1995, p. 272).

Temos aqui uma explícita declaração de renúncia causal, uma proibição quanto aos estudos descritivos lidarem com hipóteses, supostamente justificado por não haver cientificidade suficiente para tal. Se a *epidemiologia descritiva* tornou-se uma prática consolidada na história do campo sanitário, enquanto estudo exploratório, por certo, é coerente e factível defender uma posição de que seu uso possa e deva lidar com certa causalidade; e que, se aplicada no nível local, tornar-se-ia também uma *epidemiologia da saúde*, complementar à epidemiologia das doenças.

Mesmo desprestigiada, a epidemiologia descritiva prossegue como referência para a saúde pública, seja no subsídio para o planejamento estratégico de políticas e ações do setor, seja no monitoramento e avaliação de programas específicos de controle (geralmente de doenças infecciosas, quando, então, passa a ser chamada de *vigilância epidemiológica*). Mas, o que tem caracterizado esse leque de práticas – também conhecidas como *epidemiologia dos serviços de saúde* – é, principalmente, a renúncia a qualquer conjectura de ordem causal. Os *estudos de prevalência por inquéritos* e os *estudos ecológicos com dados secundários* (ambos descritivos!) que costumam ser demandados por diferentes setores sanitários, têm incorporado inovações metodológicas, e até podem conter um ensejo de pesquisa causal, mesmo que exploratória; ainda assim, seguem com o prestígio em baixa.

Por outro lado, cabe ressaltar que, na abordagem de doenças do tipo *emergentes*, as investigações

epidemiológicas que descreveram com detalhamento a distribuição dos eventos, tiveram papel destacado no esclarecimento das etiologias infecciosas. Portanto, o descrédito atribuído à *epidemiologia descritiva* não está na sua irrelevância social, nem no seu desuso. Também não parece verdadeira a suposição de que essa prática teria perdido "seu espaço", em concorrência desleal, para as metodologias fortes dos estudos observacionais e experimentais: os espaços de aplicação continuam diversos e subentendem finalidades específicas. E se às corporações farmacêuticas (instância afiliada ao complexo médico-industrial) não interessa financiar os desenvolvimentos necessários à *epidemiologia descritiva*, cabe trazê-la de volta ao seio acadêmico; o primeiro passo para isso se traduz como uma atitude crítica em relação à questão de seu resgate.

Mesmo no Ministério e nas Secretarias de Saúde, o que se costuma chamar de "*estudo epidemiológico*" em algumas ocasiões, por vezes, não passa de coleta e consolidação de dados – considerando seu pouco uso pelos programas de controle – de confiabilidade duvidosa. As análises, quando realizadas, não raras vezes parecem estar em busca de subsídios para a legitimação do discurso político dos governantes. Essa subserviência é mais evidente nos momentos de crises sanitárias, quando a autoridade constituída se vê abalada: nesse caso, a omissão e manipulação de dados não representa prerrogativa exclusiva de governos autoritários.

Por outro lado, existe um pequeno movimento interativo: alguns acadêmicos têm assumido postos estratégicos no Ministério e nas Secretarias, e muitos

profissionais de saúde se especializam ou fazem pós-graduação no meio acadêmico. Há incorporações metodológicas, e desenvolve-se um senso de responsabilidade com a confiabilidade dos dados. Entretanto, uma questão relevante cuja ausência ainda é sentida, refere-se à produção de um posicionamento crítico mais coletivizado, e forte o suficiente, para lançar novos olhares sobre a epidemiologia nos serviços de saúde. Principalmente, o olhar requerido por princípios estratégicos do SUS, como a *descentralização* da tomada de decisões, que implica lidar com coletivos relativamente delimitados e, portanto, com pequenos números; a *intersetorialidade*, na qual a descrição epidemiológica precisa ser necessariamente complementada com os saberes provenientes das ciências humanas e sociais; e a *participação popular* na escolha das prioridades locais e na avaliação da produtividade social dos serviços, que requerem um diálogo com os saberes não disciplinares.

Rita Barata (1997) definiu os estudos descritivos como a abordagem das características epidemiológicas da doença na coletividade. Aqui o termo *coletividade* pode conter dois sentidos importantes para as propostas que se seguirão. Primeiro, ele denota algo mais que uma coleção de sujeitos ou aglomerado populacional, sugerindo uma coletividade política plena. Segundo, sugere uma delimitação e circunstanciamento específico do espaço social de atuação, requerendo um "deslocamento" para o nível local. Repare-se que os indicadores com base populacional regional ou nacional prestam-se apenas à comparação com outras bases populacionais, mas, de fato, eles não se referem a lugar algum, principalmente

devido às grandes disparidades societárias, homogeneizadas por tais indicadores.

No nível local, lida-se com uma população concreta em seu cotidiano, com suas lutas e sua história; com necessidades e demandas específicas, estabelecendo mediações entre ações pontuais em determinado território e as políticas públicas. O cenário parece propício para repensar a *causação ampliada* (causas estruturais) em epidemiologia, de todo abandonada, uma vez que as metodologias "fortes" dos estudos observacionais e experimentais necessariamente restringem-se à *causação restrita* ou *específica*.

A expressão *causa ampliada* não deve ser confundida com *causa global* ou generalizações do tipo "o sistema econômico é responsável pelas mazelas sociais". Essa postura não costuma exceder o nível ideológico das questões, não é operacionalizável e soa como uma denúncia vazia. A *causa ampliada* implica olhar para além de aspectos arbitrários escolhidos para serem meramente quantificados; e implica também, ao mesmo tempo, uma nova leitura acerca desse exercício de quantificação. O objetivo é contextualizar um problema de saúde no âmbito de um "*sistema sociocultural*", expressão de Samaja (1998). Para não cair na armadilha das "*hipóteses globais*", segundo Terris (1988), devem-se investigar as condições locais que determinam os processos facilitadores da patogênese, e que também indicam a mediação de um problema de saúde particular com a macroestrutura social. Goldberg (1990) manifestou opinião correlata: devem-se procurar as "*microcausalidades múltiplas*", isso é, as evidências de relações causais que "*sejam válidas simultaneamente no mundo social*,

econômico e epidemiológico" (p. 128). Por exemplo: no caso da doença meningocócica, a aglomeração domiciliar nas famílias pobres – as crianças, às vezes, dormem na mesma cama – é um fator causal conhecido e cumpre as especificações acima mencionadas.

Para dar prosseguimento à discussão, apresento agora uma rápida revisão crítica sobre o modo como são interpretados os *indicadores sociais* no setor saúde. A redução das análises factuais aos dados empíricos – prática corriqueira na epidemiologia – esquece as referências teóricas subjacentes à forma como esses dados são sistematizados. Tal descompasso diz respeito a grande parte dos conceitos vigentes e seu emprego corrente na epidemiologia e na saúde pública, cunhados e utilizados previamente pelas ciências sociais e antropologia: *comunidade*, *necessidade*, *participação social*, *classe e estrato social; níveis de educação*, *ocupação e trabalho; sexo*, *gênero*, *estilos de vida e transição epidemiológica*, entre outros (MENENDEZ, 1998).

Tomemos o conceito de *transição epidemiológica* como ilustração. Ele estaria referido à *teoria da modernização*, uma interpretação evolucionista-desenvolvimentista da sociedade, em trânsito para a modernidade. Essa teoria foi difundida nos anos 1950, criticada e abandonada na década seguinte. No contexto das políticas neoliberais dos anos 1970, a teoria da transição foi reapropriada pela epidemiologia, nos EUA, e aplicada na América Latina, na década subsequente (MENENDEZ, 1998).

Por sua vez, a noção atual de *estilo de vida* (simplista) já havia sido trabalhada (com densidade) como conceito oriundo da sociologia e da psicanálise, que carrega originalmente a finalidade de

apreender a relação da base material com a estrutura ideológica na gênese das enfermidades. Supõe uma mediação entre o estrato social e os grupos intermediários expressos por sujeitos, os quais, por sua vez, também são expressão desses grupos. Não é uma variável, mas uma forma global de vida, da qual o risco seria parte constitutiva. Pensar o tabagismo como um risco isolado anula o efeito abrangente do problema (MENENDEZ, 1998).

Do mesmo modo, interpretar um *coeficiente de mortalidade* apenas como um número maior ou menor de eventos, e relacioná-lo à oferta de serviços, ainda não denota um fato social. Um coeficiente não deve ser visto como um indicador de si mesmo, senão das condições que o determinam – e aqui se denota um erro groseiro no ensino da epidemiologia, quando a preocupação é quase exclusiva com o entendimento das relações numéricas.

Quanto à enunciada *eloquência dos indicadores*, ilustrarei a seguir. Foi notória a acentuada queda da mortalidade infantil no Brasil, desde os anos 1970 e, principalmente, na década seguinte. A partir de então esse indicador tem sido apropriado pelos políticos, que o exibem como demonstrativo de suas boas gestões na oferta de água, vacinas e serviços de saúde à população.

Contudo, no início dos anos 1980, estive pessoalmente com técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, que na época realizavam diagnósticos coletivos, visando à implantação massiva de serviços de saúde e programas de vacinação. A partir daí, detectou-se nesse contexto, uma enorme queda da mortalidade infantil, para os dez anos anteriores: o

fenômeno não poderia ser atribuído aos serviços de saúde! Hoje está clara a relação entre diminuição da mortalidade infantil e queda das taxas de fecundidade. As crianças que deixaram de nascer aumentaram as chances de sobrevivência das que chegaram ao termo do nascimento. O descenso da fecundidade, embora com menor intensidade, continua favorecendo a queda da mortalidade infantil, juntamente, é claro, com a extensão da cobertura dos serviços de saúde, programas de vacinações, fornecimento de água e outros fatores.

Por sua vez, a queda da fecundidade reflete um dos fenômenos mais complexos do século XX, com determinações nos níveis econômico, cultural e político, respectivamente relacionados à entrada das mulheres no mercado de trabalho, ao movimento de emancipação feminina (e consequente revalorização do corpo da mulher) e à ausência de políticas nacionais que acompanhassem as mudanças. O detonador desse processo foi o assalariamento capitalista no meio rural e o consequente êxodo para as cidades médias e grandes. Como se vê, a aparente simplicidade numérica do coeficiente de mortalidade infantil pode conter uma eloquência maior do que se costuma pensar.

De todo modo, suponho que alguma voz do campo epidemiológico poderia ainda refutar, dizendo que não se estaria mais no "domínio" da disciplina, e que o epidemiologista não deveria assumir o papel de sociólogo. Nesse caso, cabe lembrar (embora pareça óbvio) que os problemas de saúde não se demarcam pelas fronteiras disciplinares. Na saúde pública, em prol da eficácia do controle sanitário, precisamos nos empenhar para entender os problemas

em sua abrangência, complexidade e profundidade; e devemos aprender a trabalhar em equipes multiprofissionais, mas de *modo inter* ou *transdisciplinar*. Em todo caso, o epidemiologista pode detectar em primeira mão os indicativos de uma problemática maior – na medida em que os problemas sociais se refletem na saúde, tanto dos indivíduos, quanto das coletividades humanas.

Por último, se a solução dos problemas se defronta com barreiras estruturais, isso não significa um beco sem saída, mesmo que para suplantá-las, "*os profissionais de saúde devam, como técnicos, traçar planos para a mudança social*" (STOTZ, 1993, p. 21). Seria tão mportante quanto viável realizar, de forma perene, mediações investigativas e educativas com a população, assim como documentar por meio de relatórios, os achados das investigações, encaminhando-os para as instâncias formuladoras de políticas, ao mesmo tempo em que se procurasse torná-los públicos e amplamente divulgados. Dessa maneira, o profissional de saúde contribuiria para o processo de mudanças sociais, cumprindo o seu papel técnico de facilitador e interlocutor entre saberes diversos. Se, por um lado, a coletividade necessita da ampliação das políticas sociais ou setoriais, por outro, há também muito que fazer em termos de uma investigação epidemiológica bem elaborada, nos parâmetros da *epidemiologia social*.

Epidemiologia descritiva e significância narrativa

Além das relações em nível histórico e macrossistêmico, é ainda necessário abordar as questões de

saúde por um outro ângulo: o repertório de subjetividades produzido pelos indivíduos e coletividades, inexoravelmente compelidos a lidar com o sofrimento humano e a conferir-lhe significados e sentidos, a tal ponto que essas interpretações chegam a ser "*constitutivas do sujeito*", nas palavras de Menendez (1998).

Essa produção de subjetividades implica uma lógica, na qual as particularidades são relacionadas ao contexto maior da vida: somente compreendemos algo, quando o conectamos aos processos de formação de sua totalidade. Nessa esfera, os problemas quase sempre são ressignificados, a depender dos referenciais utilizados. Do exposto, pode-se concluir que fenômenos relativos ao processo saúde-doença também podem ser concebidos como componentes de um sistema complexo de fatos/aspectos concretos e simbólicos. Conforme Samaja (1998), tal processualidade é, desde sempre, "*um fenômeno semiótico-comunicacional, uma instância de significados para sujeitos da cultura, e não apenas um fenômeno natural*" (p. 33).

Os sentidos se expressam nas *narrativas* dos sujeitos sociais e, por sua vez, a narração é a forma "*mais elementar e onipresente da produção de sentidos*" (SAMAJA, 1998, p 34). A percepção fragmentária do mundo objetivo é "*costurada*" pelos discursos e, desse modo, é reinterpretado o que antes era uma fratura ou um hiato. Isso porque a discursividade narrativa do cotidiano é "*linguagem em ação*", em que os enunciados são construídos intersubjetivamente, como *representações* e *presenças*, à medida que expressam siginificados já consolidados e também

produzem novos sentidos, em formação constante (SPINK, 1999).

Samaja (1998) julgou insuficiente para a epidemiologia, a noção de *significação estatística*, que apenas informa ser pouco provável determinada associação se dar ou não em função do acaso. Isso porque, se um problema de saúde é real, haverá sempre uma correspondência interpretativa entre as pessoas afetadas por ele, "*algo presente na discursividade da vida cotidiana*" (p. 31). O autor propôs, de forma não excludente, o conceito de *significação narrativa*, capaz de informar que "*os processos de estruturação social contêm oposições que produzem consequências perversas*, *associadas significativamente a essas circunstâncias particulares narradas pelos pacientes*" (p 35). Assim, o objeto-modelo da epidemiologia passaria, então, a representar algo também implicado na produção de sentidos.

De fato, na abordagem dos problemas de saúde no nível local, uma hipótese explicativa pode ser forte e sua significância estatística ser "nula", pelo simples fato de se estar lidando com pequenos números, isto é, amostras "pouco representativas". Então, seria legítimo tomar decisões também baseadas na *significância narrativa* dos sujeitos envolvidos com os eventos sanitários.

Castiel (1998) sugeriu uma estratégia para a abordagem complexa dos problemas de saúde, justamente porque a tradição quantitativa da epidemiologia tem se mostrado insuficiente. Para o pesquisador, não seria possível entender a AIDS sem uma abordagem sócio-histórica das redes coletivas envolvidas com os eventos. Nos modelos

de análises estatísticas, os agentes perturbadores das relações idealizadas (na hipótese do estudo) são considerados como "*impurezas*", ou variáveis de confusão, devendo ser "isolados" a todo custo. Talvez seja o caso de trazê-los à tona, no intuito de "*gerar outras racionalidades e novas relações, inclusive metafóricas, entre sujeito e objeto*" (CASTIEL, 1998, p. 251). Castiel propôs "*estratégias híbridas*" para a investigação epidemiológica: junto ao aparato quantitativo, uma abordagem sociocomportamental, mediante grupos focais e histórias de vida, entre outras técnicas.

No intuito de uma revalorização da epidemiologia descritiva, é necessário também reconsiderar as categorias *tempo* e *espaço*. O tempo, na epidemiologia, é deslocado da realidade vivida: as análises estatísticas purificam e isolam o seu objeto, amputando sua história e impondo "*condições objetivas neutras, contrárias à historicidade do adoecer humano*" (SEVALHO, 1996, p. 230). A sazonalidade e a repetição cíclica de algumas doenças seriam apenas expressões do "tempo neutralizado". O recorte transversal no tempo é um reducionismo aceitável apenas quando, em seguida, nos voltamos para o tempo histórico dos eventos estudados.

Da mesma forma, também o *espaço* não pode ser neutralizado, porque sua ocupação pelo homem o faz intrinsecamente social e político. Milton Santos (1988) distingue a concepção de "*espaço*" da de "*paisagem*". Essa última compreenderia volumes, cores, texturas, movimentos, sons, odores, e tantos aspectos mais; seria materialidade composta de objetos concretos e simbólicos. A *paisagem*, para o geógra-

fo baiano, se configuraria como "*uma escrita sobre a outra, conjunto de objetos com idades diferentes, herança de diferentes momentos*" (p. 66). O *espaço*, por sua vez, seria o resultado do casamento da sociedade com a paisagem.

Considerações finais

Os argumentos apresentados até aqui visaram, em última instância, ao desenvolvimento de um debate sobre a necessidade, a legitimidade e a viabilidade de práticas epidemiológicas contra-hegemônicas e, ao mesmo tempo, solidárias aos princípios e às diretrizes emancipatórias do SUS.

Cabe sublinhar que tais práticas são exequíveis e sintonizadas com às ações cotidianas da Estratégia Saúde da Família e do seu respectivo enfoque local, e não perdem de vista os determinantes mais gerais do processo saúde-doença. Essa perspectiva pode ser incorporada à rotina dos serviços e executada por epidemiologistas com formação *lato sensu*.

Acredito que seriam alternativas propícias ao desenvolvimento de uma cultura epidemiológica mais interessante entre os profissionais de saúde, cujo espírito investigativo, contrário à tradição quantitativista e burocratizante que impede o avanço mais significativo das políticas do setor saúde, se alinharia mais com o atendimento das "reais" necessidades populacionais; quem sabe, até, um projeto para a epidemiologia, mais comprometido com a proposta crítica de promoção da saúde, anunciada desde Alma-Ata.

Essa perspectiva – longe de pretender ser inédita, mas antes partícipe de um esforço conjunto – implica também a revalorização da epidemiologia descritiva. Refuta a *renúncia causal* incorporando a discussão de uma *causação ampliada*, que remete aos níveis social, político, econômico e cultural, de acordo com os parâmetros da epidemiologia social.

Os resultados das pesquisas epidemiológicas podem e devem ser temas geradores de discussões com as pessoas "investigadas", e sobre as quais tais achados falam e fazem referência. Há possiblidade ainda de, nas análises, fundir o imaginário e a experiência subjetiva individual e coletiva com a saúde/doença. Nesse caso, é absolutamente viável constatar a relação indissociável e simultânea entre participação social e a educação popular em saúde. A comunicação social, por sua vez, conformaria essa relação mediando saberes mutuamente educativos, no sentido mais potente da expressão.

Esse *modus operandi* para a epidemiologia está de acordo com a epistemologia sociológica de Boaventura Santos (1989), qual seja, a possibilidade de diálogo entre a ciência e o saber popular. Inicialmente, uma hipótese científica romperia com a naturalização de determinado problema pelo senso comum. Mas, em seguida, precisaria ocorrer uma segunda ruptura, para permitir que a percepção do senso comum, uma vez esclarecida, modificasse a hipótese inicial e se encaminhasse, de forma dialógica, para um "terceiro conhecimento", significativamente mais comprometido com o cotidiano das pessoas comuns.

No plano da ação educativa, inclusive, já é cognoscível como a epidemiologia pode ser utilizada

como um recurso valioso no desvelamento de "temas geradores" e na suas respectivas problematizações. Tal cenário traz à tona o ideal pedagógico de Paulo Freire (FREIRE, 1981; FREIRE e BETO, 1991), mostrando-se perfeitamente factível ao setor saúde – desde que a epidemiologia, por sua vez, preocupe-se mais em descrever os problemas reais do mundo e os relacione ao contexto em que vivem os sujeitos investigados.

Esse tipo de prática educativa tem sido chamada de **construção compartilhada do conhecimento em saúde**, que supõe legitimação do saber popular em saúde, e reconhece a existência de lacunas e hiatos "não desprezíveis" no saber científico: dela emerge a busca por um "terceiro conhecimento", fruto da interação dialógica entre os dois primeiros (ELOS, 1995; OLIVEIRA, 1998; CARVALHO et al., 2001).

Referências

ACKERKNECHT, E.H. Anticoncontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of medicine*, v. 12, n 5, p. 562-593. 1948.

ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: Apce/Abrasco, 1992.

BACHELARD, G. *A filosofia do não*. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

BARATA, R.C.B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 531-537, 1997.

BUCK, C. Discusión. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (org.). *El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPAS, 1988. p. 1055-1073.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARVALHO, D.M. Epidemiologia: história e fundamentos. In: MEDRONHO, R.A. (org). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3-13.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E.M. (org). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CASTIEL, L.D. Metáforas para uma epidemiologia mestiça. In: ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 225-255.

CASTIEL, L.D. *Moléculas, moléstias e metáforas: o senso dos humores*. São Paulo: Unimarco. 1996.

CZERESNIA, D. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, v. 4, n. 1, p. 75-94. 1997.

ELOS. *Investigação, Ensino, Serviços de Saúde e Sociedade Civil: uma proposta de construção compartilhada do conhecimento em saúde no nível local*. Núcleo de Estudos Locais em Saúde, Elos/Ensp/Fiocruz (mimeo), 1995.

FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, P.; BETO, F. *Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho*. São Paulo: Ática, 1991.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidade ampliada de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, v. 4, n. 2, p. 219-230, 1997.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D.C (org). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990. p. 87-136.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LATOUR, B. Give me a laboratory and I will raise the world. In: KNORR-CETINA, K.D.; MULKAY, M., (orgs). *Sciense observed: perspective on the social study of sciense*. Bervely Hills: Sage. 1983. p. 141-170.

LATOUR, B. Le théâtre de la preuve. In: SALOMON, C. (org). *Pasteur et la Révolution Pastorienne*. Paris: Payot, 1986. p. 336- 384.

MENENDEZ, E.L. Antropologia médica e epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 81-103.

MIETTINEN, O.S. *Theoretical epidemiology: principles of occurence research in medicine*. New York/ Toronto: John Wiley & Sons, 1985.

NAJERA, E. Discusión. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (org.). *El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPAS, 1988. p. 13-17.

OLIVEIRA, R. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 2, p. S69-S72, 1998.

PENNA, M.L.F. Apresentação. In: MEDRONHO, R.A., (org). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1-2.

PEREIRA, M.G. Métodos empregados em epidemiologia. In: PEREIRA, M.G. (org). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 269-278.

PHILIPPE, P. Teoria do caos e sistemas complexos em epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz-Abrasco, 1998. p. 213-223.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1994.

SABROZA, P.C. *Procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro: Ensp-Fiocruz (mimeo), 1994.

SAMAJA, J. Epistemologia e epidemiologia. In: In: ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 23-36.

SANTOS, B.S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SEVALHO, G. Velocidade/aceleração temporal e infecções emergentes: epidemiologia e tempo social. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 1996, v. 3, n. 2, p. 217-236.

SPINK, P. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M.J. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 123-151.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (orgs). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.

SUSSER, M. *Conceptos y estrategias en epidemilogia: el pensamiento causal en las ciencias de la salud*. Mexico: Fondo de Cultura Economico, 1991.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Um futuro para a epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 187-212.

TERRIS, M. Discusión. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (org.). *El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPAS, 1988. p. 1055-1073.

VALLA, V.V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação & Realidade*, v. 21, p. 177-191, 1996.

WEED, D.L. O senso comum e a filosofia na epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 37-61.

PENSAMENTO E PRÁTICA EM EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

Miriam Monteiro de Castro Graciano[1]

Introdução

Uma revisão da literatura sobre a produção conceitual da epidemiologia, particularmente desenvolvida durante os anos 1990, permite constatar que diversos intelectuais e pesquisadores vêm apontando uma progressiva rarefação teórica da disciplina. Eles também procuraram demonstrar que a preocupação no campo se tem reduzido a questões em torno do *conceito de causalidade*, apenas tangenciando seus limites e possibilidades na prática epidemiológica investigativa.

Pontua-se que até mesmo a discussão sobre "causalidade" tem ficado restrita aos aspectos metodológicos. Como sequela da escassez de reflexões teórico-conceituais consistentes, ter-se-ia gerado, por um lado a desvalorização da disciplina como ciência e, por outro, progressivo descaso com a abordagem sociocultural envolvida no processo saúde-doença, já que, na disciplina, passaram a predominar, historicamente, os aspectos biomédicos nos enfoques explicativos dessa processualidade. Ao se aproximar, progressivamente, da clínica, a epidemiologia teria deixado de fornecer subsídio e instrumental adequados para as ações de saúde pública.

[1] *E-mail*: miriam.graciano@unifenas.br

Não obstante, essas quatro teses – (*i*) da rarefação teórica da disciplina; (*ii*) da sua "não cientificidade"; (*iii*) do abandono do estudo de aspectos socioculturais envolvidos no processo saúde-doença; (*iv*) e do seu distanciamento da saúde pública – têm se revelado controversas na literatura. A partir dessa constatação, procurei estabelecer um diálogo entre os discursos encontrados na produção acadêmica epidemiológica e os dados empíricos de uma pesquisa qualitativa – obtidos por meio de entrevistas com os principais atores da construção desse saber no Brasil, os epidemiologistas (GRACIANO, 2004).

Ao refletir sobre o pensar e o fazer ciência epidemiológica no país, deparei-me com uma multiplicidade de posições teóricas (algumas delas, com pouca visibilidade) que indicaram desde pouca abertura para o debate até a compreensão e exposição de perspectivas filosóficas bastante arrojadas. A riqueza e extensão desse material empírico exigiram longas e detidas análises.

No presente texto, privilegiei como eixo central a conexão entre o biológico e o social, nos planos conceitual e prático, bem como a relação entre epidemiologia e saúde pública, no intuito de provocar uma reflexão a respeito da *dimensão ética do saber epidemiológico* – evidenciada como fator intrínseco, embora teoricamente distinta de toda e qualquer reflexão epistemológica.

O biológico e o social na epidemiologia

Um dos pontos mais polêmicos e geradores de contenda entre as diversas correntes da epidemiologia

talvez seja o modo de aproximação do seu objeto de estudo, que ora enfatiza aspectos socioculturais, econômicos, políticos, ora enfatiza aspectos clínicos, morfofisiológicos e/ou moleculares (BREILH, 1995). De fato, a crítica mais acirrada, feita por aqueles que estudam o desenvolvimento histórico da epidemiologia, é a de que o campo tem se voltado demasiadamente para a clínica, deixando de lado elementos macroestruturais do processo saúde-doença (ALMEIDA FILHO et. al., 1998). Foi criticado, também, o excesso de atenção dirigida aos aspectos biomédicos do processo de adoecimento humano na chamada *epidemiologia clínica*, afastada dos estudos de base populacional (em seu sentido genuíno) e muito mais próxima da biologia (SHY, 1997). Entretanto, tais críticas não são consensuais entre os epidemiologistas.

Contrário a essa visão, Miguel Porta (1998), por exemplo, procurou mostrar que epidemiologistas clínicos e biólogos, mesmo metodologicamente próximos, vivem em mundos diferentes; isso é, fazem perguntas diferentes e, consequentemente, encontram respostas distintas. Ele afirmou que igualar a epidemiologia clínica às ciências básicas é mera retórica reducionista:

> É fácil polemizar sobre a chamada Epidemiologia clínica e a Epidemiologia molecular, assim como sobre as relações entre a biologia e a Epidemiologia [...]. Ainda que algumas destas controvérsias sejam honestas e enriquecedoras, outras distorcem e simplificam extraordinariamente as posições do 'oponente' (pois, às vezes, parece que se trata de inimigos). Essas polêmicas são simplistas e, de nosso ponto de vista, bastante estéreis. [...] adotar essa atitude é mais cômodo do que re-

> conhecer limitações que possamos ter em nossa prática [...]. É mais fácil do que criar um ambiente de trabalho em que haja aceitação tácita de que compartilhamos da ignorância. Tampouco é difícil pregar as virtudes do trabalho transdisciplinar. O mais árduo é colocar em prática essas boas intenções (PORTA, 1998. p. 117).

Miguel Porta chamou a atenção para o desserviço prestado pelos debates acadêmicos acalorados, nos quais pesquisadores e intelectuais de distintos campos produtores de saber terminam por lançar farpas uns aos outros. Essa parte de seu argumento é inquestionável e merece destaque, pois poucos são aqueles que, de fato, se abrem ao diálogo, admitindo pôr em questão seus pressupostos teóricos, muitas vezes fragilmente sustentados.

Apesar de sua procedente crítica aos opositores da chamada epidemiologia clínica, no decorrer do referido texto, quando discorre sobre a "*causalidade do câncer de pâncreas*", Miguel Porta corrobora a principal denúncia daqueles que, segundo ele, "*autodenominam-se epidemiologistas críticos*" em oposição aos que se intitulam "*epidemiologistas clínicos*". Na exposição de seus argumentos, é perceptível que ele se deixa guiar por interesses eminentemente clínicos; seu discurso conflui para preocupação com o teste mais sensível e específico ao diagnóstico precoce do câncer pancreático, que possibilitaria, segundo ele, "*melhorar a sobrevida e a qualidade de vida* ***destes pacientes***"[2] (PORTA, 1998. p. 121). Tal ênfase dirigiu-se ao paciente acometido por uma patologia

[2] Grifo meu.

e não às razões sócio-históricas da diferenciada prevalência de doenças em coletividades humanas, em tempos e lugares também díspares.

A distinção em termos conceituais e práticos para pensar indivíduos e populações humanas apareceu, inicialmente, no já clássico artigo de Geoffrey Rose (1985). Para Rose, a base dessa discrepância se encontra no fato de as causas de adoecimento individual (casos clínicos) diferirem das causas das taxas de incidências populacionais. O conhecimento de fatores determinantes de altas taxas de incidência de uma doença em dada população não permite explicitar a diferença de ocorrências entre os indivíduos, pois são fatores aos quais a população, como um todo, se encontra exposta.

Para explicar a disparidade na ocorrência de casos individuais, isso é, para responder como um grupo de pessoas desenvolve uma determinada doença, ao passo em que um outro grupo não o faz (ou que ocorre em grau significativamente menor), torna-se necessário investigar as razões que justificam o aumento da suscetibilidade individual e não da suscetibilidade coletiva. Do mesmo modo, o conhecimento de fatores determinantes da diferença na ocorrência de certos agravos de saúde entre os sujeitos com ou sem determinadas características, não explica diferenças nas taxas de ocorrência desses mesmos agravos entre populações distintas.

Os fatores genéticos, por exemplo, que podem discriminar tão bem discrepâncias individuais, não explicam diferenças populacionais, assim como os aspectos ambientais, que permitem apontar diferenças interpopulacionais, mas não decodificam

variações intrapopulacionais. Na primeira situação, uma argumentação plausível é a de que a heterogeneidade genética apresenta-se maior *dentro dos* grupos populacionais do que *entre eles*. Na segunda, a explicação se dá pelo fato de os membros de uma determinada região (ou país) possuírem hábitos, costumes e culturas muito similares, o que produz certa homogeneidade intrapopulacional relativa aos fatores macroestruturais e ambientais. Provavelmente, por tal razão, emigrantes tendem a apresentar coeficientes de morbidade e mortalidade similares aos do país que adotam para morar, e não aos do seu país de origem.

Assim sendo, a metodologia e aplicabilidade dos estudos epidemiológicos que tomam como unidade de observação grupos populacionais ou grupos de pacientes, divergem entre si não só porque buscam responder perguntas diferentes, mas também em função de gerarem estratégias preventivas igualmente distintas; optar por estudos de agregados de pessoas ou por estudos de indivíduos significa *propor uma ciência diferente*, não se trata apenas de uma questão de variabilidade metodológica.

Em sua abordagem do câncer de pâncreas, Miguel Porta (1998) privilegiou argumentos e dados moleculares que explicavam diferenças individuais, em detrimento daqueles que poderiam revelar discrepâncias entre grupos populacionais. É fato ele ter mencionado uma relação probabilista entre câncer de pâncreas e manuseio de organoclorados. Entretanto, ele também conferiu estatuto e pesos iguais às variáveis "*exposição ocupacional*", "*presença ou ausência de mutações no códon 12 do oncogene K-ras*" e "*ou-*

tros fatores obtidos através de entrevistas do paciente e do resumo estruturado das histórias clínicas". Ora, como o próprio autor afirmara anteriormente, herança genética, anamnese clínica pregressa e inserção no mercado de trabalho são fenômenos de mundos distintos, conceitos com história e em contexto diferentes. Esses conceitos emergem de formas singulares, a partir de indagações e abordagens distintas sobre o ser humano no mundo. Portanto, configuram domínios cognitivos não coincidentes e conduzem a ações e intervenções bem diversas.

No momento em que apresentou e analisou os dados de seu trabalho, Porta (1998) perdeu-se do que ele mesmo tão apropriadamente havia dado a entender; isso é, que as ciências biológicas, a clínica e a saúde pública descrevem fenômenos e constituem realidades díspares em seu cotidiano prático, mas que não deveriam ser opostos por aqueles que os criam em seu afazer diário e, sim, colocados em diálogo. No final das contas, o discurso do referido autor privilegiou o caráter biomédico e preteriu nas análises o aspecto social.

Crítica a esse posicionamento parcial apareceu no postulado de alguns epidemiologistas, ao afirmarem que:

> Pensar a saúde como mera configuração de riscos [...] restringe a construção conceitual desse campo [...]. Este modo de praticar a ciência epidemiológica tem como consequência a produção de conhecimentos distanciados dos [...] sistemas abertos e caóticos, característicos da realidade histórica e social das populações concretas. Nesse processo particular de produção de dados, observa-se um desprezo pelo que há de qualitativo,

> interpretativo, participativo, etnológico na definição dos problemas de saúde (ALMEIDA FILHO et. al., 1998. p. 10-11).

Próxima do que advogou Porta (1998), porém explícita e radical em sua forma argumentativa, é a postura de Gerhard Zielhuis e Lambertus Kiemeney (2001), que criticaram a *epidemiologia social*, em sua ambição de estudar as conexões entre o meio social e o desenvolvimento/distribuição das doenças em populações humanas. Tais autores interpretaram como inapropriados o conteúdo e a pretensão dessa "*sub-área de investigação epidemiológica*", bem como o termo usado para designação da disciplina. Segundo eles, a epidemiologia representaria uma "ciência médica", com fundamentos na biologia humana, não na sociologia; todo epidemiologista deveria ter formação biomédica, senão treinamento médico. A conclusão de seu breve e incisivo artigo foi a de que epidemiologistas, psicólogos e sociólogos deveriam permanecer afastados, cada qual no seu campo disciplinar de investigação. Para Zielhuis e Kiemeney (2001), embora os epidemiologistas também trabalhem com variáveis sociais, eles deveriam fazê-lo utilizando um marco teórico biomédico, supondo que, só desse modo, os nexos causais estabelecidos seriam então adequadamente inferidos e não apenas estatisticamente avaliados. Assim, a epidemiologia evitaria produzir "*afirmações triviais e inúteis para a sociedade*" (ZIELHUIS e KIEMENEY, 2001, p. 43).

Um posicionamento tão explicitamente contrário à epidemiologia social não poderia deixar de provocar as mais diversas reações. Os comentários

críticos que surgiram acerca desse texto foram desde a acusação de tentativa de reserva de mercado (MCPHERSON, 2001) até a contundente indicação de que tais pesquisadores teriam completo desentendimento quanto ao objeto de investigação epidemiológica (KRIEGER, 2001).

Nancy Krieger (2001), por exemplo, afirmou que caberia à epidemiologia compreender e explicar padrões (e sua variabilidade) de ocorrência das doenças em populações humanas, envolvendo necessária e simultaneamente aspectos sociais e biológicos. Krieger ilustrou seu argumento utilizando as relações entre o número de gestações e a ocorrência de câncer. A última poderia, segundo ela, ser estudada e descrita em função do número de gestações e dos processos de mudanças hormonais que elas acarretam. Mas, as gestações, bem como a forma processual como cada uma delas se dá, devem ser relacionadas a fatores sociais, pois, assim como a variação hormonal, os períodos gestacionais também se encontram estatisticamente associados ao câncer. A gravidez não se presta à redução de um mero evento biológico; conduzir investigações sobre esse fenômeno na vida de uma mulher, negligenciando aspectos psicológicos, sociais, culturais e econômicos, acabaria desembocando em argumentos superficiais, desconectados de sua realidade complexa. Ao estabelecer tais ponderações, Krieger concluiu dizendo que o raciocínio defendido por Zielhuis e Kiemeney (2001) mostrava-se estreito e contraproducente ao desenvolvimento de uma epidemiologia esclarecedora e transformadora das condições de vida e saúde de populações humanas.

Essa polêmica revela-se fundamental para a discussão que almejo. Primeiro, por acreditar e defender que é a partir da interseção entre o biológico e o social que emerge o ético. Segundo, porque está precisamente aí, no ato de saber lidar com aquilo que é simultaneamente biológico e social – *o adoecimento humano* – o grande desafio colocado à epidemiologia enquanto ciência.

Provavelmente por serem brasileiros, com uma forte tradição de pensamento crítico em saúde (intensificado a partir dos anos 1970) os sujeitos da pesquisa de campo que realizei posicionaram-se, de forma enfática, contrários à exclusão de aspectos socioculturais do processo saúde-doença nas inferências da epidemiologia. Eles consideraram a postura de Zielhuis e Kiemeney (2001) completamente equivocada e advogaram que tal abandono jamais deveria ocorrer. Os epidemiologistas brasileiros afirmaram ainda, de forma unânime, que "*embora existam dificuldades metodológicas para se abordarem questões sociais durante uma investigação epidemiológica*[3], *essa questão não deveria ser motivo para se privilegiar apenas a abordagem biomédica; ao contrário, tal fato deveria desencadear a busca por alternativas tanto metodológicas quanto conceituais*" (GRACIANO, 2004).

As principais alternativas metodológicas sugeridas pelos pesquisadores que entrevistei foram (*i*)

[3] Quando se compara a abordagem quantitativa e causal de processos sociais com a abordagem dos processos biomolecurares, indiscutivelmente a primeira mostra-se mais difícil e complexa.

hierarquização dos modelos de análise das variáveis e [associada a ela]; (*ii*) incorporação de saberes provenientes de outros campos, ampliando-se assim o debate e a reflexão sobre o objeto de estudo da epidemiologia, a saber: os padrões (e sua variabilidade) na ocorrência de doenças em populações humanas (GRACIANO, 2004).

No entanto, esse seria um esforço mais operacional do que conceitual. E reduzir reflexões epistemológicas a aspectos metodológicos está longe de ser a perspectiva aqui proposta. Foi por isso que elegi como um dos enfoques desse texto o "antagonismo" entre as perspectivas biológica e social. Trata-se de uma dificuldade teórica contemporânea da disciplina, importantíssima e absolutamente recorrente em suas práticas cotidianas.

Segundo Maturana (1995a), a oposição entre tais dimensões da vida deriva da dicotomização entre o *homo sapiens* e o "sujeito social"; configura-se como um grande viés conceitual desprezado e, por isso mesmo, não dirimido no trabalho de investigação epidemiológica.

De acordo com a biologia proposta por Maturana e Mpodozis (1994), esse antagonismo deve ser refutado; se por um lado cada ser humano vive um devir de experiências intransferíveis, indiscutivelmente individuais e biológicas, por outro, essa mesma realização pessoal só se torna viável porque a vida se constitui e transcorre justamente a partir da linguagem entre os seres humanos, em sua interação coletiva. Para tais autores, a autoconsciência – o eu – assim como a consciência do outro, surge por meio de distinções feitas na linguagem, com as quais se cria

uma identidade pessoal, um sujeito individual. Portanto, o ser humano só se realiza por intermédio de sua coletividade e vice-versa.

Maturana afirmou que: "*o ser humano individual é social, e o ser humano social é individual*" (MATURANA, 1995b. p. 72). Qualquer coisa que destrua os seres vivos constituintes de um determinado sistema social faz com que o último também desapareça; por sua vez, a dizimação de um sistema social implica a eliminação do domínio existencial dos seres vivos e, por conseguinte, dos próprios indivíduos[4].

Similar, e de igual importância, é a distinção feita também por Maturana e Varela (1984) entre domínios de realidade. Por sua vez, Maturana e Mpodozis (1992) apontaram o domínio da fisiologia como disjunto do da conduta – seriam domínios fenomênicos distintos. O domínio da conduta surgiria, segundo os autores, no momento em que um ser vivo é tratado como totalidade, como uma unidade, a qual poderia ser analisada e decomposta em suas partes constituintes. Quando decidimos descrever tais componentes e as interações entre eles, apontamos o domínio da fisiologia. Nela, a totalidade anterior perde-se para dar lugar a uma multiplicidade de partes. Maturana e Mpodozis (1992) afirmaram ainda que os seres vivos existem, simultaneamente, nesses

[4] Maturana, obviamente, não é o único pensador a ver a dimensão natural do social e a dimensão social do biológico. Mas, o que chama a atenção em sua obra é o fato de ele não mencionar o termo dimensão, senão apontar um entrelaçamento constitutivo entre o biológico e o social como determinante do ser humano.

domínios distintos, não intersectantes. Consequentemente, nem o comportamento de um sistema vivo direciona as relações entre os componentes, nem seus sistemas internos determinam o surgimento de uma dada conduta, ainda que participe da sua geração. (MATURANA, 1995b).

Um sistema vivo e os sistemas internos que o integram encontram-se acoplados, desencadeando mudanças um no outro; juntos, configuram uma história de coderivação estrutural que, por isso mesmo, pode ser apontada como uma história de mudanças congruentes, mas sem univocidade recíproca.

Se traçarmos uma comparação entre a mirada de Maturana sobre a biologia e o campo de atuação da epidemiologia, talvez seja possível compreender melhor a problemática complexa do objeto de estudo da disciplina. Mesmo elegendo esse ou aquele componente (interno ou externo) de um sistema vivo como "fator causal" de algum processo vital, só se pode observá-los, de fato, a partir de um olhar que abranja a dinâmica relacional desse mesmo sistema. Em outras palavras, embora seja mais fácil aplicar técnicas quantitativas para examinar aspectos fisiológicos, essa abordagem nunca conseguirá explicar a totalidade dos fenômenos – a despeito da pretensão humana de se intervir no processo saúde-doença das populações, a partir daquelas informações parciais obtidas.

Epidemiologia e saúde pública

Tão inquietante quanto a suposta negligência dos determinantes socioculturais do processo saúde-

-doença pelas correntes conservadoras da epidemiologia, é a percepção de afastamento da disciplina do ideário histórico da saúde pública.

Importantes autores do campo já disseram que, ao se distanciaram desse caráter dimensional, os epidemiologistas também o fizeram em relação à missão central da saúde pública, que é a de prevenir doenças e promover a saúde das populações humanas. O envolvimento e a interdependência entre saber epidemiológico e individualidade orgânica seriam predominantemente mais ligados à preocupação com questões metodológicas e apartadas do papel coletivo originário das ações sanitárias.

> Um explosivo crescimento de estudos epidemiológicos que fornecem subsídios para a prática clínica e para intervenções sobre indivíduos, cada vez mais diminui o impacto da disciplina como eixo estruturante da Saúde Pública, debilitando sua capacidade de apoiar tanto as intervenções sobre as populações quanto as decisões sobre políticas públicas no campo da saúde (ALMEIDA FILHO et al., 1998. p. 10).

> A Epidemiologia moderna frequentemente parece mais envolvida com a modelagem de intrincadas e complexas relações entre fatores de risco do que com o entendimento de suas origens e implicações para a Saúde Pública (KRIEGER, 1994. p. 887).

No polêmico artigo intitulado "*A falência da epidemiologia acadêmica: testemunhas para a acusação*", Carl Shy (1997) empenhou-se em colocar a disciplina no "*banco dos réus*", simulando um processo jurídico sob a alegação de "*que a epidemiologia*

acadêmica falhou em servir como ciência básica para a saúde pública", pois ela "*fracassou em desenvolver métodos científicos e a base teórica capazes de dar suporte à missão da saúde pública*" (SHY, 1997, p. 479).

Tal missão, segundo Shy, seria prevenir doenças e promover a saúde populacional, sobretudo no âmbito da atenção primária. Em direção oposta a essa, a epidemiologia acadêmica teria passado, nos últimos quarenta anos, a envolver-se mais e mais com questões clínicas.

Além disso, passou a predominar entre os epidemiologistas um enfoque investigativo não mais sobre como os indivíduos adoeciam, mas, sim, em relação às associações (indiretas, especulativas) sobre fatores de risco individuais. Sem se aterem à concretude das enfermidades nas populações humanas, os epidemiologistas passaram a abstrair tal conhecimento, cada vez mais dissociado do contexto social no qual elas ocorriam. Assim, a epidemiologia acabou se tornando incapaz de prover alternativas (oriundas dos subsídios científicos que a disciplina, supostamente, deveria validar) para a promoção da saúde nas comunidades.

Na mesma linha argumentativa, postulada anteriormente por Geoffrey Rose, Shy (1997) confirmou que o conhecimento sobre os fatores de risco de determinada patologia, que ocorre em indivíduos, difere bastante da compreensão acerca de epidemias/pandemias que acontecem no âmbito societário (coletivo) e em determinados momentos históricos.

A base argumentativa que sustentou a "acusação" de Shy, encontra-se na própria definição da disciplina, presente nos livros-texto adotados como

referência em quase todos os cursos da área de saúde: a epidemiologia consiste no "*estudo da distribuição e determinação da doença em populações*" (SHY, 1997, p. 480). Mesmo reconhecendo suas grandes conquistas teórico-práticas durante o século XX, Shy (1997) criticou com veemência o fato de a epidemiologia acadêmica ter-se tornado eminentemente biomédica. Tal situação, além de geradora do que ele chamou de "*falácia biomédica*"[5], passou a caracterizá-la como uma disciplina incapaz de desenvolver métodos científicos para dar, de fato, suporte às intervenções comunitárias coletivas, em termos de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Shy (1997) encerrou seu texto anunciando: "*deixemos que os leitores respondam*" (SHY, 1997, p. 484). Pelo menos um deles o fez. Mas antes de analisar essa resposta, vale lembrar o comentário de Alexander Walker publicado no mesmo ano pela revista, também relativo ao artigo de Shy.

Walker se contrapôs aos argumentos de Shy, na tentativa de desqualificar sua legitimidade científica. Denominou o artigo, conforme o jargão jurídico corrente, de "*corte canguru*", cujo significado expressa um "falso processo", no qual juiz, promotor e advogado de defesa, em conluio, elaborariam conjuntamente, estratégia para condenar um réu, que prejulgam culpado. Ocorreria apenas uma encenação para oficializar a condenação prévia.

Dois anos mais tarde, apareceu outro artigo em

---

[5] Shy definiu como "falácia biomédica" a situação da ocorrência de doenças nas populações ser explicada pela epidemiologia partir do estudo de fatores de risco, em indivíduos.

resposta ao de Shy, redigido pelo professor Bhopal (1999), da Universidade de Newcastle, corroborando a crítica de Walker, uma vez que, segundo ele, nenhum pronunciamento em defesa do réu aparecera. Bhophal propôs a alguns de seus alunos "estudarem o processo", atuando como "jurados". Provavelmente por serem seus discípulos, esse "corpo de jurados" declarou a epidemiologia acadêmica "*inocente*" por unanimidade. Os principais argumentos ali sintetizados foram:

1) Mesmo admitindo que a epidemiologia precisasse mudar para enfrentar novos desafios, seriam indiscutíveis os êxitos por ela obtidos;
2) Ela não "falhou" em servir à saúde pública, apenas não lhe prestou um serviço adequado. Concordaram que algumas mudanças seriam necessárias e propuseram, naquela data, que "o caso fosse revisto" em 2005;
3) Para eles, a formação acadêmica em epidemiologia mostrava-se consistente e o verdadeiro vilão era a saúde pública, por ter se tornado tão dependente dos conhecimentos epidemiológicos e por não ter recorrido a outras áreas de conhecimento;
4) Shy estaria acusando a epidemiologia de executar funções que, segundo eles, caberia à saúde pública realizar;
5) A "promotoria" não forneceu "provas suficientes" para sustentar a acusação;
6) A epidemiologia não teria feito nada em desacordo com os valores societários vigentes; em outras palavras, a ênfase individualizante da disciplina seria reflexo do esvaziamento do sentido coletivo, presente na própria sociedade;

7) Para os alunos de Bhopal, mesmo sendo passível de críticas, a epidemiologia estaria "*contribuindo de algum modo*" [não explicitado por eles] para a saúde da população;

8) Postularam, também, que "*criticar a epidemiologia por ser biomédica significaria o mesmo que criticar uma árvore por ser madeira*". Nesse caso, a saúde pública estaria agindo como um "*péssimo marceneiro*" que culpa as ferramentas por sua própria incapacidade.

Após seus alunos terem exposto esse conjunto de argumentos, Bhopal tomou para si o papel de juiz e declarou a epidemiologia acadêmica inocente, "encerrando o caso".

Embora trabalhados de forma bastante peculiar nas publicações que comentei, e a despeito do protecionismo de Bhophal, os questionamentos quanto à função da epidemiologia e das ações de saúde pública fazem sentido. Inclusive, foram retomados algumas vezes, a partir do relatório de Acheson, em 1988, sobre a saúde pública na Inglaterra. Segundo Thacker e Buffington (2001), a epidemiologia acadêmica já mostrava uma serventia limitada à prática cotidiana da saúde pública por essa época. Tal fato instigou a produção de uma série de artigos na década de 1990, em que esse tipo de crítica era recorrente.

O texto de Susser e Susser (1996), por exemplo, criticou os programas de treinamento dos epidemiologistas anglo-saxões, justamente por não colocarem a saúde pública como "valor primário". No mesmo ano, Pearce (1996) também publicou um artigo em

consonância com o de Susser e Susser (1996). Nele, defendia a necessidade de reintegração dos princípios da saúde pública na epidemiologia e a premência de se resgatar a perspectiva populacional na disciplina.

Morabia (1998) também se mostrou sensibilizado pela questão, argumentando que a história da epidemiologia representaria a busca pelo equilíbrio entre a tensão provocada nas pesquisas sobre as relações causais e a intenção de melhoria da saúde da população.

Bem no final dos anos noventa, do século passado, reapareceu na literatura científica outra série de artigos, dentre eles os de Saracci (1999), Pearce (1999), Susser (1999) e Krieger (1999), demonstrando real preocupação com o tema e indicando sua relevância. Em linhas gerais, todos eles se voltavam à crítica do enfoque excessivo no método epidemiológico; à polarização entre biológico e social; à oposição entre integração da disciplina e sua especialização enquanto saber; e à pesquisa dirigida aos interesses do pesquisador e não às necessidades da população (THACKER e BUFFINGTON, 2001).

Método, ciência e ética

Grande parte dos epidemiologistas ainda vê como objetivo principal da área o provimento de métodos e técnicas eficazes para as ações sanitárias na esfera pública. Defendo, aqui, que esse problema é de natureza epistemológica: a tentativa disciplinar de se reter simultaneamente um instrumental analítico e um objeto de estudo dialeticamente apreendido

(SUSSER, 1986; KRIEGER e ZIERLER, 1996; SUSSER e SUSSER, 1996; KRIEGER, 2000).

Ao desenvolver um arsenal técnico-metodológico específico, a epidemiologia tornou-se particularmente hábil em fracionar determinados problemas de saúde em partes, codificando-as como fatores passíveis de tratamento estatístico e interpretação lógico-dedutiva. Creio que todo e qualquer cientista pós-moderno reconhece a necessidade do trabalho de síntese após o de análise. Todavia, nem sempre fica claro que análise e síntese são procedimentos de natureza distinta, senão contraditória.

No campo da filosofia, Cirne-Lima (1993; 1996) tratou essa questão com maestria, ao demonstrar como a *síntese* seria, por excelência, a lógica de pensar e de agir dialeticamente, ao passo que a *análise* representaria um método de abordagem tipicamente dicotomizador, criado e voltado para se pensar processos causais lineares. Para o autor, o método dialético, desde Platão, serviria para debater/tensionar contradições e problemas teóricos, sem fragmentar o sujeito lógico da predicação, reconhecendo a parcialidade das observações e argumentos humanos, procurando sintetizá-los em um todo maior.

Por sua vez, o método analítico, criado por Aristóteles como contraponto ao dialético, ao abrir mão da pretensão da totalidade processual, permitiu o conhecimento de parcialidades e o trabalho de análise causal tão caro às ciências naturais. Se para o "pensamento analítico" conhecer representa o saber sobre uma causa na qual se pode intervir, para o "dialético" não existem, em última instância,

causas separadas e anteriores aos seus efeitos (e por isso mesmo não haveria sentido buscar conhecê-las). Na filosofia dialética, conhecer uma causa implica conhecer seu efeito; ambos são partes de um todo historicamente determinado (CIRNE-LIMA, 1993).

A princípio, não se tem aqui um problema, apenas uma perspectiva filosófico-conceitual. Entretanto, conforme aponta Samaja (1996), ela pode tornar-se um problema de difícil solução, dependendo do ponto de vista. Esse aspecto emergiu como um impasse crucial na medida em que foi mantido, por um lado, o desejo de promover a saúde de populações humanas e a consciência de que tal empreendimento pede uma base teórica do tipo holístico; de outro, o emprego da racionalidade dialética, que embora permita elucidar totalidades históricas, é inábil para o detalhamento das partes que também se deseja conhecer.

Contudo, sempre há um enorme impasse quando a racionalidade analítica da epidemiologia (que permite apenas o conhecimento de particularidades distintas do todo do qual elas emergem) é empregada como ferramenta básica para compreensão da processualidade histórica do fenômeno *saúde-doença-cuidado*.

A fim de ilustrar essa reflexão, retomarei alguns dos argumentos apresentados por Bhopal (1999) em seu "*discurso em defesa da Epidemiologia acadêmica*", no tópico anterior. Em primeiro lugar, examinemos a afirmação de que "*a epidemiologia não fez nada que a própria sociedade não tenha feito, isso é, esquecido de si mesma, enquanto coletivo, concentrando-se nos indivíduos*".

Essa tese também foi partilhada por Juan Samaja (1998), ao advogar que a epidemiologia representaria uma ciência adaptada aos pressupostos formais e aos cânones de validação científica do mundo contemporâneo. Entretanto, tal adaptação se configurou à medida que, na sociedade moderna, passou a vigorar uma espécie de contrato entre sujeitos autônomos, dizia Samaja. Para o autor, essa ambiência societária funcionaria como uma espécie de pano de fundo, que, de certo modo, justificaria e até estimularia a lógica fragmentária da epidemiologia, para compreender e explicar os problemas de saúde de coletividades humanas, descrevendo-os por meio da análise de agregados de indivíduos. A disciplina encontra-se em um "dilema-desafio" contemporâneo de trabalhar com uma noção de "totalidade" por intermédio de uma racionalidade analítica tosca e incapaz de apreender processos históricos e dinâmicos (SAMAJA, 1998).

Correlacionada a essa questão, há outra "alegação de defesa" suscitada pelos alunos de Bhopal (1999): aqueles que criticam os "excessos biomédicos" da epidemiologia agem como "*o marceneiro incompetente que culpa as ferramentas por sua falta de êxito*", pois "*a epidemiologia é tão biomédica quanto a árvore é madeira*".

Novamente, aparece aqui o mesmo problema epistemológico anteriormente mencionado. Em função disso, remeto-me a Thomas Khun (1978), físico e filósofo, que, em seu clássico trabalho intitulado a "*Estrutura das revoluções científicas*", usou uma figura de linguagem análoga a do "*mau marceneiro que culpa suas ferramentas pelos erros cometidos*". Seu intuito era explicar o porquê do acúmulo de

anomalias durante o período de desenvolvimento de uma ciência modelar[6]. Segundo Khun, apenas episódica e extraordinariamente, quando os profissionais não podem mais se esquivar da subversão da tradicional prática científica em função do acúmulo de anomalias é que eles se conduzirão a um novo conjunto de compromissos e a uma nova base para a prática da ciência.

Em outras palavras, dependendo do momento histórico do contexto societário em tela, os fenômenos observados poderiam ser interpretados como mais uma peça do quebra-cabeça científico a ser solucionado; ou como contraexemplos que ilustrariam a falsidade de uma teoria. Consequentemente, os cientistas que os estudam/explicam seriam tomados como "maus marceneiros" ou "gênios criativos".

Recupero mais um postulado de Bhopal, de que, embora a epidemiologia necessite rever-se para

[6] Para Khun, a ciência não evolui de forma linear e por acumulação de conhecimento, mas de forma revolucionária, de tal modo que um novo paradigma passa a substituir um precedente. Este processo opera-se, segundo a sua teoria epistemológica, em três fases distintas: a da ciência normal ou modelar, período em que há um reduzido interesse em produzir grandes novidades, seja no domínio dos conceitos ou dos fenômenos, pois aceitar um paradigma é assumir, ao mesmo tempo, os métodos e padrões que o regem; a ciência em crise, processo derivado da ciência normal, que prepara o caminho para uma ruptura radical, uma vez que, periodicamente, a pesquisa científica leva à descoberta de novos e inusitados problemas; e revolução científica, episódio de desenvolvimento não cumulativo no qual um paradigma mais antigo é substituído total ou parcialmente por um outro novo e incompatível com o anterior (KHUN, 1978).

enfrentar novos desafios concretos do cotidiano, os "sucessos" por ela alcançados seriam indiscutíveis. Tanto quanto os seus insucessos não seriam menores nem menos significantes que seus êxitos, os "novos desafios" por enfrentar também não seriam tão novos assim. Como exemplos, teríamos o controle das doenças geradas pela miséria, pelo desenvolvimento socioeconômico desigual e pela acentuada urbanização; ou mesmo as doenças emergentes e reemergentes – todos os casos tratam de fenômenos pertencentes a contextos da vida relacional.

Reponho aqui, duas questões epistemológicas nada triviais: (*i*) a de se tratar de forma analítica objetos de estudo dialeticamente apreendidos; (*ii*) e a de se fazer vista grossa para determinados problemas da pesquisa epidemiológica, por não se adequarem ao paradigma vigente.

Gostaria de pensar uma última questão, valendo-me, novamente, do trabalho de Humberto Maturana. Se admitirmos que a "*epidemiologia é tão biomédica quanto uma árvore é madeira*", seria de bom tom olhar primeiro para uma "biologia geral", que nos faria entender que as árvores não se resumem apenas a sua matéria física, são seres vivos autopoiéticos. As madeiras, por sua vez, representam produtos gerados pela intencionalidade de seres humanos que as valorizam mais como bem de consumo "morto". A epidemiologia não é biomédica, nem social e, sim, uma ciência com a qual recriamos o mundo em que vivemos. É preciso deixar de lado, em nome de uma maior facilidade técnico-metodológica, a renúncia às reflexões conceituais de maior complexidade, pois, a partir delas, talvez nos tornássemos capazes

de elucidar as dificuldades encontradas e de apontar novos rumos.

Esse movimento oscilante entre 'querer explicar' e 'querer agir', sobre um todo processual, utilizando um instrumental analítico de pesquisa, é um *movimento do desejo*. É o *desejo* que nos coloca em movimento e nos faz viver. Mesmo os movimentos racionalmente justificados partem de alguma preferência emocionalmente determinada. Mas essa é uma outra discussão, longa, que se coloca no campo da ética e não mais no da epistemologia.

Comentários finais

A epidemiologia moderna tem se apresentado como uma ciência possuidora de grande pluralidade de filosofias subjacentes, que tanto sinalizam a abertura para o diálogo, quanto a precariedade reflexiva. Essa dificuldade tem imposto ao contexto da prática epidemiológica uma utilização empobrecida da categoria "causalidade", reduzida apenas ao seu sentido operacional, na explícita intenção de buscar nexos causais, sabidamente desnecessários ou provavelmente inexistentes, mas matematicamente prováveis.

O *princípio da causalidade*, interpretado de tal maneira, acabou por se tornar um dos maiores entraves ao desenvolvimento conceitual e à superação de problemas concretos da investigação epidemiológica. Ter desenvolvido um instrumental técnico-metodológico primordialmente analítico, fez dela uma disciplina essencialmente dicotomizadora e classificatória, baseada em uma racionalidade linear e reducionista.

Embora, por vezes, seja conveniente fracionar um problema gigantesco de saúde em partes passíveis de tratamento e interpretação matemática, ao fazê-lo, a epidemiologia acaba por produzir dificuldades para sintetizar esse mesmo conhecimento fragmentado no contexto da vida humana.

Toda essa discussão conduz a uma reflexão ética sobre a prática da investigação epidemiológica. Parti da crítica presente na literatura sobre a exclusão dos aspectos socioculturais do processo saúde-doença no campo inferencial da epidemiologia, assim como da dificuldade daí decorrente, para subsidiar as ações de saúde pública. No caso da experiência brasileira, tal crítica não se aplica integralmente, já que os cientistas entrevistados disseram não encontrar coerência em conduzir uma pesquisa epidemiológica "pura", "anódina"; para eles, só faria sentido realizá-la justaposta ao contexto coletivo, uma vez que a própria disciplina, por definição, "*estuda a ocorrência de eventos adversos à saúde humana* **em populações**" (GRACIANO, 2004).

Ao contrário de tantos outros países, no Brasil, o universo acadêmico e os serviços de saúde têm caminhado juntos na proposição de soluções para os problemas coletivos de saúde. A maior prova disso têm sido os Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva e de Epidemiologia.

Cientes do equívoco da falsa dicotomia "biológico-social", os epidemiologistas brasileiros têm percebido as dificuldades operacionais impostas pelo método analítico de que dispõem. Talvez por isso, alguns deles tenham proposto como alternativa/solução, algo que acaba por se configurar como um verdadeiro e interessante impasse epistemológico: o

diálogo com outros campos disciplinares, outras metodologias e outros olhares, a fim de que se criem novas redes de conversação em domínios explicativos e campos de ação.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. et al. Apresentação. In: ALMEIDA FILHO, N. et al. (org). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1998. p. 9-20.

BHOPAL, R.S. Re: The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *American Journal of Public Health*, v. 149, n. 5, p. 485-486, 1999.

BREILH, J. Epidemiology's role in the creation of a humane world: convergences and divergences among the schools. *Social Science and Medicine*, v. 41, n. 7, p. 911-914, 1995.

CIRNE-LIMA, C. *Sobre a contradição*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1993.

CIRNE-LIMA, C. *Dialética para principiantes*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

GRACIANO, M.M.C. *Epidemiologia como fenômeno: o pensar e o fazer ciência na perspectiva dos epidemiologistas*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*, v. 39, n. 7, p. 887-903, 1994.

KRIEGER, N. Questioning epidemiology: objectivity, advocacy, and socially responsible science. *American Journal of Public Health*, v. 89, p. 1151-1153, 1999.

KRIEGER, N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiology Review*, v. 11, p. 155–163, 2000.

KRIEGER, N. Comentary: society, biology and the logic of social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, p. 44-46, 2001.

KRIEGER, N., ZIERLER, S. What explains the public's health? a call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, v. 7, n. 1, p. 107-109, 1996.

KHUN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MATURANA, H. R. *Desde la biología a la psicología*. Santiago: Editorial Universitaria, 1995a.

MATURANA, H. R. *El sentido de lo humano*. Santiago: Hachette, 1995b.

MATURANA,H. R.; MPODOZIS, J. *Origen de las espécies por medio de la deriva natural; o la diversificación de los linajes a través de la conservación y cambio de los fenotipos ontogénicos*. Santiago: Museo Nacional de Historia Natural, 1992.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. *El arbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Santiago do Chile: Editorial Universitária, 1984.

MORABIA, A. Epidemiology and bacteriology in 1900: who is the handmaid of whom? *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 52, p. 617-618, 1998.

PEARCE, N. Epidemiology as a population science. *International Journal of Epidemiology*, v. 28, p. 8115-8118, 1999.

PORTA, M. Epidemiologia clínica e molecular: é possível integrar os três 'mundos'? In: ALMEIDA FILHO, N. et al. (org). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 117-128.

ROSE. G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *OPS, Boletín Epidemiológico*, v. 6, n. 3, p. 1-8, 1985.

SAMAJA, Juan. *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba, 1996.

SAMAJA, J. Epistemologia e epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. et al. (org) *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 23-36.

SARACCI, R. Epidemiology in progress: thoughts, tensions and targets. *International Journal of Epidemiology*, v. 28, p. 8997-8999, 1999.

SHY, C. The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *American Journal of Epidemiology*, v. 145, n. 6, p. 479-484, 1997.

SUSSER, M. The logic of Sir Karl Popper and the practice of epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, v. 124, n. 5, p. 711-718, 1986.

SUSSER, M. Should the epidemiologist be a social scientist or a molecular biologist? *International Journal of Epidemiology*, v. 28, p. 1019-21, 1999.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology: from black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *Americam Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 674-677, 1996.

THACKER, S. B., BUFFINGTON, J. Applied epidemiology for the 21st century. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, p. 320-325, 2001.

ZIELHUIS, G., KIEMENEY, L. Social epidemiology? noway. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, p. 43-44, 2001.

Contato:
E-mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br

IMPRENSA UNIVERSITÁRIA

Impresso na gráfica da **Universidade Estadual de Santa Cruz** - Ilhéus-BA

1) Nasce o corpo! Um transcurso heterogêneo – Fernando Yonezawa e Hélio Rebello Cardoso Júnior
2) Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a educação física na saúde mental – José Geraldo Soares Damico e Luiz Fernando Bilibio
3) Uma relação entre conceito de saúde, normatividade e biopolítica – Mônica Roza
4) A estetização da saúde – Francisco Romão Ferreira
5) Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola – Iolanda Santos
6) Sobre a promoção da saúde na escola: uma contribuição da história – Fernanda Paiva
7) Desigualdades sociais, promoção da saúde e práticas corporais: por uma ressignificação contextualizada – Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão e Paulo Roberto Vasconcellos-Silva
8) Promoção da saúde, empowerment e o discurso da vida ativa – Marcos Santos Ferreira e Luis David Castiel
9) Quando os estilos de vida se tornam estilos de risco – Luciana Caliman
10) Estratégias de governamentalidade no âmbito da promoção da saúde: o controle do peso corporal como estilo de vida saudável – Adriane Ramiro
11) Conselhos privados, escolhas e novas formas de exclusão social: a obesidade como metáfora contemporânea – Ivan Marcelo Gomes, Alexandre Fernandez Vaz e Selvino José Assmann
12) Obesidade e pobreza na imprensa: epidemiologia de uma questão social – Monica Carvalho
13) Sob a égide da epidemiologia do risco: legitimidade e controle através da normalização social – Ednalva Neves
14) Epidemiologia e senso comum: a construção compartilhada do conhecimento em saúde – José Wellington Araújo
15) Pensamento e prática em epidemiologia e saúde pública – Miriam Graciano

ISBN 978-85-7455-349-8
9 788574 553498