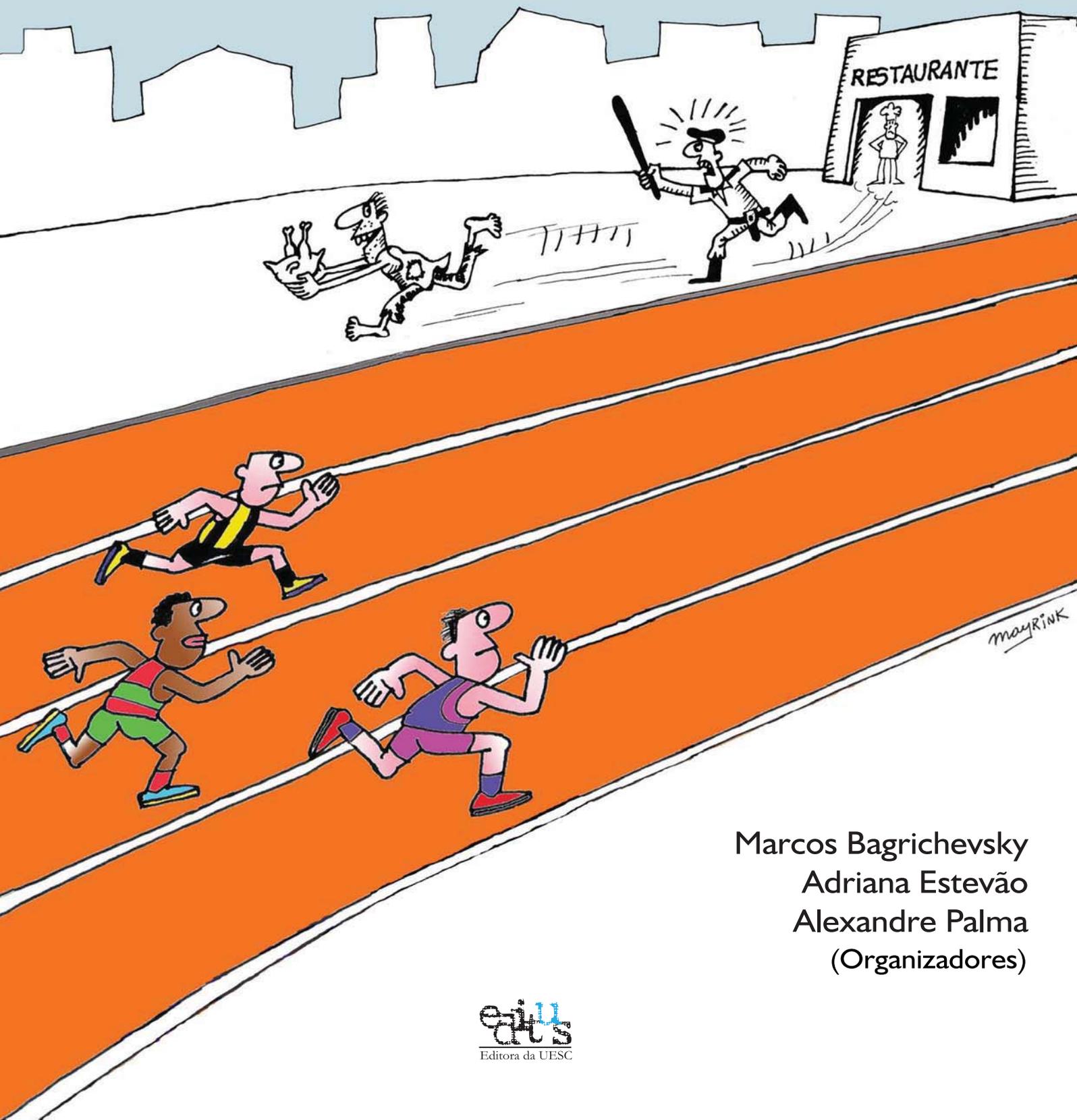


A SAÚDE EM DEBATE NA EDUCAÇÃO FÍSICA VOLUME 3



Marcos Bagrichevsky
Adriana Estevão
Alexandre Palma
(Organizadores)

**A SAÚDE EM DEBATE
NA EDUCAÇÃO FÍSICA
VOLUME 3**



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

JAQUES WAGNER - GOVERNADOR

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

ADEUM HILÁRIO SAUER - SECRETÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

ANTONIO JOAQUIM BASTOS DA SILVA - REITOR

LOURICE HAGE SALUM E LESSA - VICE-REITORA

DIRETORA DA EDITUS

MARIA LUIZA NORA

Conselho Editorial:

Maria Luiza Nora – Presidente

Antônio Roberto da Paixão Ribeiro

Elis Cristina Fiamengue

Fernando Rios do Nascimento

Jaênes Miranda Alves

Jorge Octavio Alves Moreno

Lino Arnulfo Vieira Cintra

Lourice Salume Lessa

Lourival Pereira Junior

Maria Laura Oliveira Gomes

Marileide Santos Oliveira

Paulo dos Santos Terra

Ricardo Matos Santana

Marcos Bagrichevsky
Adriana Estevão
Alexandre Palma
(Organizadores)

**A SAÚDE EM DEBATE
NA EDUCAÇÃO FÍSICA
VOLUME 3**



Editora da UESC

Ilhéus - Bahia
2007



Editora da UESC

Equipe Editus

Jorge Moreno (Direção de Política Editorial)
Maria Luiza Nora (Revisão)
Aline Nascimento (Revisão)
Adriano Lemos (Coordenador de Diagramação)
Alencar Júnior (Designer Gráfico)

Conselho editorial ad hoc

Dr. Alex Branco Fraga
Dr. Edgard Matiello Júnior
Dra. Maria Cecília de Paula
Dr. William Weissmann

Diagramação da capa

João Roberto Cortez

Ilustrações

Mayrink

Diagramação

Nova Letra Gráfica e Editora

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores da obra.
Copyright © 2007 by Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão e Alexandre Palma
1ª Edição

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Municipal Fritz Müller

613.7

S255s

A saúde em debate na educação física - volume 3 /

organizadores Marcos Bagrichevsky,

Adriana Estevão, Alexandre Palma, –

Ilhéus : Editus, 2007.

294p.

ISBN 978-85-7682-238-7

I. Educação Física 2. Corpo 3. Saúde Coletiva
4. Sociologia da Saúde 5. Epistemologia da Saúde
6. Saúde Pública I. Bagrichevsky, Marcos II. Estevão,
Adriana III. Palma, Alexandre

Contato:

E-mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br

Sumário

Apresentação	7
Sobre os colaboradores	17
Artigo 1 – Construções históricas de ideais de corpos masculinos e femininos – Carlos José Martins e Helena Altmann	23
Artigo 2 – O corpo em Foucault entre construtivismo e fenomenologia – Francisco Ortega	39
Artigo 3 – Deixar de comer e/ou fazer exercício? Juventude, cuidados corporais e ‘distúrbios’ alimentares na perspectiva de gênero – José Geraldo Damico e Dagmar Estermann Meyer.	77
Artigo 4 – Medicalização da aparência: os curiosos arranjos de um discurso científico da beleza – Paulo Poli Neto e Sandra Caponi	105
Artigo 5 – Novos paradigmas e saúde André Martins	121
Artigo 6 – Reinventando o conceito de saúde – Luiz Carlos Rigo, Eliane Ribeiro e Tatiana Silveira	155
Artigo 7 – “Ministério da Saúde adverte: viver é prejudicial à saúde” – Elenor Kunz	173
Artigo 8 – Mercadorização biopolítica: sobre escolhas saudáveis em tempos de consumo – Santiago Pich, Ivan Marcelo Gomes e Alexandre Fernandez Vaz	187

Artigo 9 – Sedentário ‘sem-vergonha’, saudável ‘responsável’? Problematizando a difusão do ‘estilo de vida ativo’ no campo sanitário – Marcos Bagrichevsky, Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, Adriana Estevão e Alexandre Palma 209

Artigo 10 – Comunicação e promoção da saúde no Brasil – Wilson da Costa Bueno 231

Artigo 11 – Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos: reflexões acerca do desenvolvimento de ‘habilidades’ como estratégia de promoção da saúde – Mary Jane Spink 253

Artigo 12 – O risco na sociedade contemporânea: relações entre ciência, cultura e saúde – Dina Czeresnia 275

Apresentação

Vivemos em um momento histórico extravagante! Ao mesmo tempo em que temos sido levados a um movimento acelerado de buscas e acessos frenéticos a informações ilimitadas (inclusive na esfera da saúde/doença), subjaz um hedonismo do cotidiano irreprimível e poderoso nessa nova ordem societária, que sustenta o não-questionamento a tal estado de coisas e intensifica uma quase-imperceptível aversão a qualquer forma de crítica à norma social vigente. Em outras épocas essa doutrina do efêmero não só era marginalizada como também ocupava um papel subalterno.

Michel Maffesoli¹ alerta que é preciso estar atento à estética desse ‘jogo das aparências’, porque produz efeitos marcantes na cultura, na política, na ciência, na comunicação, na mídia e em tantas outras macro e micro-instâncias que interferem no contexto da vida em coletividade. Ele entremeia-se aos processos de subjetivação que conformam sutilmente o modo como nos relacionamos no cotidiano e, as próprias referências valorativas da identidade humana.

Levando em conta esse panorama, intelectuais críticos da modernidade tardia chamam atenção, de diferentes maneiras, para a metamorfose que o papel do *cuidado individual com a saúde e com o corpo* vem sofrendo hoje no mundo ocidentalizado. Essa mudança de sentido prolifera ênfases discursivas que fazem alusão à responsabilidade pessoal e à obrigação moral do ‘dever-ser’... saudável, belo(a), magro(a), jovem, ativo(a)! Trata-se de uma dimensão ascética pulverizada através de recomendações sobre mudanças de comportamentos (estilos de vida) cuja circulação tem se tornado cada vez mais ampliada, a despeito das inequidades sociais que também seguem potencializadas exponencialmente em todos os cantos longínquos do planeta.

O corpo, entendido em sua perspectiva mais ampla, é um privilegiado portador de sentidos da cultura, um *locus*

¹ MAFFESOLI, Michel. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes, 2005.

singular onde pulsam e tomam forma diferentes noções de saúde/doença, de resistência e de subjugação, de prazer, de sofrimento e de dor. Michel Foucault² argumenta que “o controle da sociedade sobre os indivíduos [...] começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.”

Na ordem do pensamento dessa sociedade informacional pós-genoma, a transfiguração dos significados de saúde, doença e normalidade – especialmente ancorada na retórica dos riscos, como nunca antes – não diz respeito apenas à apologia dos ‘avanços’ *hightech*. Relaciona-se também aos efeitos imanentes das redes de interesses que conectam e articulam a produção de conhecimentos e práticas científicas à dinâmica política e mercadológica da economia globalizada, à manutenção da soberania de países ricos sobre nações subdesenvolvidas.

As linhas mais estruturadas de crítica a esse modelo conceitual cambiante de saúde/doença/normalidade outorgado pela racionalidade tecnocientífica, preocupam-se com as distorções inerentes, por exemplo, à determinação de ações sanitárias baseadas não mais na ocorrência concreta de problemas e sim na probabilidade estimada (cálculo dos riscos) deles virem a acontecer em algum momento no futuro. No plano pessoal, reverberam efeitos simbólicos que materializam espectros nosológicos monitoradores de nosso imaginário corpóreo. Uma espécie de estado de (auto)vigilância permanente para prevenir a condição de periculosidade da qual somos hoje portadores (queiramos ou não!), conforme enuncia a lógica da epidemiologia dos fatores de risco; que espreita com olhos ameaçadores nossas posturas habituais de vida, delatando suas supostas vicissitudes.

Adscrito em discursos de prevenção de agravos e promoção da saúde, o risco tornou-se também um dispositivo de convencimento da agenda oficial utilizado para justificar publicamente algumas formas de intervenção do/no setor saúde e, de destinação prioritária de fomentos e recursos para certas linhas de investigação científica (em detrimento da não contemplação de outras). Os discursos organizados sobre a

2 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

idéia de risco podem tanto ser largamente utilizados para legitimar políticas, quanto para desacreditá-las; para proteger os indivíduos das instituições ou para proteger as instituições dos agentes individuais.

Manter um posicionamento crítico, interrogando permanentemente os ditames certificadores de correntes hegemônicas em pesquisa é necessidade premente, levando em conta a influência que exercem hoje no rumo das práticas e políticas sociais. Inclusive, porque se replicam a todo momento em campanhas de órgãos de amplo alcance como a Organização Mundial da Saúde (por exemplo) que, a partir de constructos epidemiológicos, têm objetivado estabelecer em nível global quais tipos de comportamento deveriam ser considerados saudáveis ou ‘de risco’ em nosso cotidiano. Contudo, mais do que recomendações ao bem-estar, tais preconizações normativas engendram aspectos descontextualizados e elitistas, pois nem sempre são factíveis a todos os países e aos diferentes estratos sociais daqueles que as adotam.

A educação física postada como uma área na qual ainda viceja um valor significativo de incursões mensurativas para classificar comportamentos ‘adequados’ e ‘impróprios’ à saúde, precisa refletir acerca de tal posicionamento. É tarefa urgente questionar com severidade todo o arsenal de discursos e estratégias moralizantes – empregado para ‘combater’ a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo etc – cujo efeito último (indesejado) acaba sendo a estigmatização do modo de vida das pessoas, sobretudo, nas camadas sócio-econômicas mais vulneráveis. Por certo, há outras perspectivas políticas e epistemológicas valiosas para legitimar profissionais e investigadores da educação física como agentes promotores de conhecimentos e vivências corporais éticas em suas intervenções populacionais, mais afeitos à valorização de experiências ‘livres’, criativas e possíveis para cada sujeito.

Tomando esse conjunto de argumentos iniciais como referência, cabe então enunciar que a organização da obra que o/a leitor(a) tem agora em mãos, manteve-se fiel ao propósito estabelecido em nossos dois trabalhos anteriores:

conduzir uma linha editorial ‘indisciplinada’³ e rigorosamente articulada pela linha de criticidade convergente que os diferentes ensaios assumem nas respectivas abordagens sobre saúde, considerando todas as suas inúmeras e complexas interfaces temáticas afins.

Procuramos expressar e desenvolver aqui características reconhecidamente mais valorizadas nas ciências sociais e humanas e na própria saúde coletiva: a diversidade de perspectivas teórico-metodológicas; o debate interdisciplinar; a reflexão crítica; a inquietação intelectual; o cruzamento de fronteiras que dividem áreas do conhecimento; a pesquisa bem fundamentada que descortina horizontes para novas investigações; outros vôos, ousadias, releituras, leituras outras.

É nessa direção que Carlos Martins e Helena Altmann abrem o livro com o texto *Ideais históricos de corpos masculinos e femininos*. Os autores vislumbram a possibilidade de se pensar uma construção histórica dos corpos, para além das leis da fisiologia como explicação última da vida. Inspirados, sobretudo, na obra de Michel Foucault, se debruçam sobre o estudo do corpo numa perspectiva genealógica, que implica a apreensão das condições de possibilidade que fazem emergir, em uma dada época, as configurações corporais correspondentes às relações de força em um dado campo social. Assim, nos lembram que o corpo é algo em que se exerce um direto controle social, através da organização e regulação do tempo, do espaço e das atividades cotidianas. Ele é treinado, moldado e marcado pelo cunho das formas históricas predominantes de individualidade, desejo, sexualidade. Contudo, o poder que se estabelece não advém de uma instituição ou aparelho estatal; ocorre sim no nível microfísico. A partir dessa perspectiva, os pesquisadores buscam diagnosticar os diferentes campos que atravessam nosso presente e nos convidam a repensar sobre de que modo somos por esses constituídos e como podemos deixar de sê-lo.

³ Não esteve no horizonte de nossas preocupações estabelecer uma rigidez temática para encampar os ensaios sobre saúde dos articulistas convidados. Aliás, tem sido justamente essa liberdade (pouco ortodoxa no meio acadêmico) uma das molas propulsoras que nos estimula a continuar reunindo pesquisadores críticos qualificados de todas as áreas do conhecimento para produzir nossas obras.

Na seqüência aparece *O corpo em Foucault entre construtivismo e fenomenologia*, uma reflexão desafiadora elaborada por Francisco Ortega que dimensiona um panorama das convergências e tensões de idéias construtivistas e fenomenológicas acerca da corporeidade, especialmente contrastadas a partir do pensamento de Michel Foucault. Ortega evoca principalmente o filósofo francês, ora para derramar suas críticas, ora para nortear suas análises e declarar-se ao lado da posição que considera a dimensão encarnada e material da corporeidade, sem, no entanto, assumir uma postura essencialista ou fundacionalista.

José Geraldo Soares Damico e Dagmar Estermann Meyer respondem pelo ensaio *Deixar de comer e/ou fazer exercício? Juventude, cuidados corporais e 'distúrbios' alimentares na perspectiva de gênero*. Tendo em vista uma perspectiva pós-estruturalista de análise, realizada a partir dos depoimentos coletados em encontros com jovens de 13 a 15 anos de idade, participantes de um programa institucional, os autores debatem alguns modos pelos quais jovens mulheres significam, apreendem e vivenciam o cuidado com o corpo nos dias atuais. De forma mais pontual, problematizam o movimento paradoxal através do qual essas jovens passaram a se reconhecer e a serem reconhecidas como portadoras de anorexia nervosa (classificadas pelo discurso biomédico), uma vez que a mídia também tem deixado transparecer essa mesma conduta como produto de seus investimentos persuasivos. Isto é, estratégias de aprendizagem que configuram um jeito específico de 'controle' do corpo que se estabelece, principalmente, a partir de conhecimentos relacionados às dietas, à alimentação, aos exercícios físicos e ao vestuário.

A recente valorização aguda de parâmetros estéticos como critérios definidores das condições de saúde é o tema analisado por Paulo Poli Neto e Sandra Caponi no artigo *Medicalização da aparência: os curiosos arranjos de um discurso científico da beleza*. Os autores prendem-se às formas de transformação do discurso médico da cirurgia plástica que tem naturalizado as intervenções estéticas como processos reparadores de 'males' indesejados à saúde. Trata-se de um investimento maçico na patologização da exterioridade física,

no qual quem dita o ‘normal’, o ‘aceitável’ é o mercado da beleza, dos cosméticos, do fitness e da medicina estética. Contudo, salientam que o discurso banalizado dos cuidados corporais permanece somente na superfície da história de cada sujeito.

Em *Novos paradigmas e saúde*, André Martins procura situar os estudos epistemológicos do campo da saúde dentro de uma história da filosofia e da racionalidade experimental. Por meio da apresentação de um novo paradigma científico, ontológico e epistemológico – paradigmas quântico e espinosiano, da não-separabilidade, da continuidade do descontínuo – isto é, de uma nova relação entre natureza e cultura e, por conseguinte, de uma outra concepção do ser humano, da ciência e da razão, o autor propõe uma redefinição dos conceitos de vida e morte, de saúde e doença.

Luiz Carlos Rigo, Eliane Ribeiro Pardo e Tatiana Teixeira Silveira também desenvolvem uma rigorosa reflexão filosófica através do texto *Reinventando o conceito de saúde*. Nele, buscam ampliar o debate teórico-conceitual que atravessa o campo da educação física à luz das idéias de Gilles Deleuze e Félix Guattari e, de suas próprias práticas docentes. A partir de questões do filme “Fale com ela” de Pedro Almodóvar, utilizadas para enriquecer a análise proposta, chacoalham as concepções de saúde mostrando como estas se encontram atreladas às ações individuais, às estratégias de *marketing* e à imposição de códigos morais normativos.

Ministério da Saúde adverte: viver é prejudicial à saúde é o provocativo título do ensaio assinado por Elenor Kunz, que destila uma crítica acerca da perturbação entorno do movimento pela conservação da saúde e de suas ideologias veladas. Kunz defende que é possível e desejável assumirmos um outro entendimento de promoção de saúde e das práticas corporais a ela associadas (incluindo a educação física escolar), no qual os ‘fatores de risco’ (no caso, para o discurso hegemônico, a falta de atividade física, se constitui como um deles) seriam substituídos por ‘fatores de proteção’. Assim, tais práticas assumiriam uma feição menos medicalizada e culpabilizante.

O artigo seguinte, *Mercadorização biopolítica: sobre escolhas saudáveis em tempos de consumo*, de Santiago Pich,

Ivan Marcelo Gomes e Alexandre Fernandez Vaz, examina como as ‘escolhas pessoais’ no campo sanitário encontram-se entrelaçadas às necessidades impostas pelo capitalismo, sugerindo que os dispositivos biopolíticos deveriam ser repensados a partir da complexa relação entre Estado e Mercado como protagonista na regulação da vida. Os autores propõem redimensionar a noção foucaultiana de biopolítica para uma ‘estetização e mercadorização do biológico’, se inspirando, para tanto, nas contribuições de Zygmunt Bauman sobre a ordem social contemporânea. Advogam ainda a idéia de que os discursos vigentes acerca da saúde veiculados nas diferentes mídias concorrem para que os atores sociais sofram com seus próprios corpos, quando não se dispõem a (ou não podem) adotar determinados estilos de vida, tacitamente implicados na capacidade de consumir serviços e produtos das ‘prateleiras’ do *fitness*, da estética e da moda.

Marcos Bagrichevsky, Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, Adriana Estevão e Alexandre Palma são os signatários do artigo *Sedentário ‘sem-vergonha’, saudável ‘responsável’? Problematizando a difusão do ‘estilo de vida ativo’ no campo sanitário*. A questão formulada no título assinala o quanto a noção de risco – ilustrada através do sedentarismo – tem assumido formas de se veicular posturas moralizantes e de simplificar perigosamente o enfrentamento de questões complexas como o cuidado com o corpo e a saúde. Os autores ressaltam como a abordagem ambivalente dos riscos tem alçado posição de destaque na ciência, na mídia e na agenda oficial dos governos, empregando ações e estratégias discursivas regidas por uma biopolítica informacional sanitária, as quais encontram-se inegavelmente condicionadas a interesses ideológicos e de mercado.

Logo em seguida, Wilson da Costa Bueno, busca resgatar no seu ensaio *Comunicação e promoção da saúde no Brasil*, confrontos entre concepções tradicionais e vanguardistas de certas premissas teóricas afins ao campo da saúde coletiva. O autor procura identificar interesses que se alinham a essas diferentes correntes, reunindo elementos para o aprofundamento do debate. Nesse sentido, sublinha a relevância da comunicação como estratégia para a consolidação da promoção da saúde nas coletividades humanas, após

reconhecer a fragilidade do modelo médico atual baseado na lógica positivista e defender a contribuição da antropologia médica e de outras disciplinas para compreender o processo saúde-doença.

Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos: reflexões acerca do desenvolvimento de 'habilidades' como estratégia de promoção da saúde é o título do trabalho de Mary Jane Spink. Decorrente de um minucioso processo investigativo na base de dados *Medline*, a pesquisa procurou: *i)* situar os fundamentos teóricos que utilizam a linguagem dos riscos, em busca da compreensão das posições dos sujeitos que são, desse modo, discursivamente engendradas e; *ii)* identificar quantitativamente a ocorrência desses discursos na literatura biomédica, no período de tempo investigado. A análise daí resultante identificou a imprescindibilidade dada à 'educação para a saúde' na divulgação das informações sobre risco individual, as quais têm como elo fundamental a noção de estilo de vida. Nesse contexto, os sujeitos são levados a assumir suas responsabilidades pessoais, uma vez que 'estilos inadequados' poderiam onerar os sistemas de saúde e a previdência social. Considerando tal premissa, Mary Jane apresenta uma importante indagação: se a ênfase da promoção da saúde vigente repousa sobre a preconização de 'habilidades' para as pessoas prevenirem-se de problemas futuros à saúde, em que lugar desse discurso caberiam as práticas do 'risco-aventura' ou dos 'esportes radicais', suscetíveis a acidentes e agravos individuais e sabidamente, amalgamadas aos interesses do setor securitário e da indústria do entretenimento?

Fechando o livro, temos o texto de Dina Czeresnia, *O risco na sociedade contemporânea: relações entre ciência, cultura e saúde*, que discute com propriedade as conseqüências culturais dos discursos e ações voltados à capacitação dos sujeitos para a escolha racional e informada de riscos, calculados com base no conhecimento científico. O conceito de risco epidemiológico é problematizado pela pesquisadora como um dos elementos centrais no contexto das práticas de saúde, que reduz a complexidade dos fenômenos por ele guiados. Utiliza ainda os apontamentos de Canguilhem para refletir sobre as relações entre ciência, técnica e vida, no intuito de

aprofundar a compreensão das conseqüências culturais acerca da nuclearidade do risco no mundo atual.

Na qualidade de organizadores deste livro que é, de fato, fruto de um esforço coletivo, agradecemos a todos(as) os(as) nossos(as) generosos(as) colaboradores(as), principalmente pela credulidade e confiança que em nós depositaram, na tarefa de novamente reunir, conjugar e dotar de sentido o material aqui presente. Nossa gratidão também ao renomado ilustrador do livro, *Mayrink* (colaborando conosco pela segunda vez!), que com seu traço humorístico refinado amplificou o espectro de criticidade do trabalho, adicionando-lhe uma conotação especial. E ao querido amigo João Cortez, pelo empenho e paciência na editoração da arte final da capa.

Por fim, cabe registrar que *A SAÚDE EM DEBATE NA EDUCAÇÃO FÍSICA – VOLUME TRÊS* se trata de um constructo provisório, aberto, inacabado. Certamente, as ‘brechas’ e ‘pistas’ trilhadas pelas reflexões dos artigos nele presentes só poderão ser examinadas posteriormente, através da apreciação atenta e franca do(a) leitor(a), cuja cumplicidade na visão crítica de mundo nos é muito cara. Desejamos que o alcance de nossas pretensões envidadas na organização da obra seja capaz de sensibilizar e suscitar debates de ampliadas proporções éticas, que ponham em questão a posição reguladora da ciência dominante atual, buscando atribuir-lhe um papel mais emancipador e equânime (inclusive) nas práticas de (promoção da) saúde.

Marcos Bagrichevsky
Adriana Estevão
Alexandre Palma

Sobre os colaboradores

ADRIANA ESTEVÃO

Doutora em Ciências Sociais (PUC/SP) e Mestre em Educação (FURB/SC);

Professora do Departamento de Educação Física da FURB

ALEXANDRE FERNANDEZ VAZ

Doutor em Ciências Humanas e Sociais pela Universidade de Hannover (Alemanha) e Mestre em Educação (UFSC);

Docente dos Programas de Pós-Graduação Stricto Senso em Educação e Educação Física da UFSC;

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

ALEXANDRE PALMA

Pós-Doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro;
Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e Mestre em Educação Física (UGF/RJ);

Docente do Programa Stricto Senso em Educação Física da UGF/RJ;

Professor Adjunto do Curso de Graduação em Educação Física da UFRJ

ANDRÉ MARTINS

Pós-Doutorado pela Université de Provence Aix Marseille I (França);

Pós-Doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro;

Doutor em Filosofia (Universidade de Nice, França);

Docente do Mestrado em Saúde Coletiva do IESC e Professor Adjunto da UFRJ

CARLOS JOSÉ MARTINS

Doutor em Filosofia (UFRJ) e Mestre em Filosofia (UNICAMP);
Professor do Departamento de Educação Física da UNESP-Rio Claro

DAGMAR ESTERMANN MEYER

Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela USP;
Doutora em Educação (UFRGS);
Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Educação da FAGED/UFRGS;
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

DINA CZERESNIA

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ);
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

ELENOR KUNZ

Pós-Doutorado pela Universidade de Hannover (Alemanha);
Doutor em Ciências do Esporte pela Universidade de Hannover (Alemanha);
Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Educação Física e Professor Titular da UFSC

ELIANE RIBEIRO PARDO

Doutora em Educação (UFRGS) e Mestre em Ciências do Movimento Humano (UFSM);
Professora Adjunta da Escola Superior de Educação Física da UFPel-RS;
Docente do Mestrado em Educação Física da ESEF/UFPel-RS

FRANCISCO ORTEGA

Doutor em Filosofia pela Universidade de Bielefeld (Alemanha);

Professor adjunto do Departamento de Ciências Humanas em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

HELENA ALTMANN

Doutora em Educação (PUC-RJ) e Mestre em Educação (UFMG);

Professora Adjunta da Faculdade de Educação Física da UNICAMP

IVAN MARCELO GOMES

Doutorando em Ciências Humanas (UFSC) e Mestre em Educação (UFSC);

Professor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus Cascavel

JOSÉ GERALDO DAMICO

Doutorando e Mestre em Educação (UFRGS);

Docente do Curso de Graduação em Educação Física da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/RS)

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 da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ);

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C

LUIZ CARLOS RIGO

Doutor em Educação (UNICAMP) e Mestre em Ciências do Movimento Humano (UFSM);

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação Física da UFPel-RS;

Docente do Mestrado em Educação Física da ESEF/UFPel-RS

MANOEL CAETANO “MAYRINK”

Diagramador, Cartunista e Ilustrador Profissional premiado Internacionalmente;

Colaborador em Vários Jornais, Revistas e Livros no país;

Curador de Diversas Exposições e Produções de Humor sobre Saúde, inclusive na Fiocruz

MARCOS BAGRICHEVSKY

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente (FCM/ UNICAMP);

Professor Adjunto do Departamento de Ciências da Saúde e do Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC/BA)

MARY JANE SPINK

Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidade de Cambridge (Inglaterra);

Doutora em Psicologia Social pela Universidade de Londres (Inglaterra);

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Psicologia Social da PUC/SP;

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível IA

PAULO POLI NETO

Doutorando no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC);

Mestre em Saúde Pública (UFSC)

PAULO ROBERTO VASCONCELLOS SILVA

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação e Comunicação em Saúde (FIOCRUZ);
Professor Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

SANDRA CAPONI

Pós-Doutorado pela Universidade de Picardie Jules Verne (França);
Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência (UNICAMP);
Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFSC;
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

SANTIAGO PICH

Doutorando em Ciências Humanas (UFSC) e Mestre em Educação (UFSC);
Professor da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

TATIANA TEIXEIRA SILVEIRA

Mestre em Educação (UFPel-RS);
Professora da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS)

WILSON BUENO DA COSTA

Doutor e Mestre em Comunicação (USP);
Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Comunicação Social da UMESP/SP;
Professor de Jornalismo da Escola de Comunicações e Artes da USP

CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS DE IDEAIS DE CORPOS MASCULINOS E FEMININOS

Carlos José Martins
Helena Altmann

Introdução

Pensa-se, com freqüência, que o corpo é regido apenas pelas leis da fisiologia e que ele escapa à história. Ledo engano: ele é formado por uma série de regimes que o constroem, ele é configurado por ritmos técnicos, de trabalho, repouso e festa, ele é intoxicado por substâncias, inoculado por drogas – dietas, valores, hábitos e aconselhamentos comportamentais – e, simultaneamente, ele cria resistências. Estamos ao mesmo tempo aqui e em outros lugares graças às tecnologias de comunicação e telepresença. Os aparelhos médicos de visualização tornam transparentes nosso funcionamento e interioridade orgânicos. Os transplantes, enxertos e as próteses nos misturam aos outros e aos artefatos. Criamos atualmente inúmeras maneiras de nos construir, de nos remodelar: ginásticas, dietéticas, *body-building*, cirurgia plástica, medicina ortomolecular, engenharia genética. Manipulamos nossos metabolismos individuais por meio de procedimentos médicos, fármacos, espécies de agentes ‘para-fisiológicos’ e transcorporais. A indústria farmacêutica coloca regularmente no mercado novas drogas ativas. O estado de sono ou vigília, a reprodução, o apetite, a imunidade contra as doenças, a regulação das emoções, o envelhecimento celular. Todas essas funções outrora naturais tornam-se cada vez mais artificiais, manipuláveis, externalizáveis. Da instrumentalização das funções somáticas ao autocontrole dos afetos ou do humor pela bioquímica industrial, nossa vida física e psíquica passa cada vez mais por uma complexa exterioridade onde se misturam circuitos políticos, econômicos, institucionais e tecnocientíficos (Foucault, 1995; Levy, 1996).

Construção histórica dos corpos

O estudo do corpo aqui significa trabalhar em uma perspectiva genealógica, que implica a apreensão das condições de possibilidade que fazem emergir, em uma dada época, as configurações corporais correspondentes às relações de força em presença em um dado campo social. Tal abordagem se inspira, sobretudo, na obra do filósofo Michel Foucault. Foi em “*Surveiller et Punir*” (1975) que este empreendeu sua pesquisa histórica sobre o investimento dos corpos pelo poder:

Houve durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo do poder. [...] Corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam. O grande livro do homem-máquina foi escrito simultaneamente em dois registros: no anátomo-metafísico, cujas primeiras páginas haviam sido escritas por Descartes e que os médicos, os filósofos continuaram; o outro, técnico-político, constituído por um conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e por processos empíricos e refletidos para controlar ou corrigir as operações do corpo. [...] Os famosos autômatos, por seu lado, não eram apenas uma maneira de ilustrar o organismo; eram também bonecos políticos (Foucault, 1983: 125-126).

Segundo Foucault, a partir do século XVII desenvolveu-se em nossas sociedades um tipo de poder político que tinha por tarefa gerir a vida do corpo social. Este poder se desdobrava em duas formas principais, dois pólos de desenvolvimento interligados por um conjunto de relações intermediárias. O primeiro destes pólos centrava-se no corpo como máquina: seu adestramento, ampliação de suas aptidões, ampliação de suas forças, crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, sua integração em sistemas eficazes e econômicos. Tal conjunto de procedimentos caracterizaria o poder disciplinar, que configura uma anátomo-política do corpo humano. O segundo, formou-se por volta da metade do século XVIII, focado no corpo-espécie, corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: proliferação, nascimentos e mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar. Esses processos são assumidos mediante

toda uma série de intervenções e controles reguladores que configuram uma bio-política da população. 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 em nossas sociedades.

O corpo para Foucault não tem estruturas e necessidades fixas, como quer a perspectiva naturalista, mas pode ser modificado, aperfeiçoado e suas necessidades são produzidas e organizadas de diferentes maneiras. Ele é maleável, flexível, formado por diversos hábitos, valores e práticas, estando, portanto, inscrito na história. É por não ser um dado natural que as técnicas de poder investem sobre sua materialidade e força. Parte do pressuposto de que todo poder tem um 'corpo', pois se exerce fisicamente através de diferentes dispositivos e, por outro lado, se inscreve sobre os corpos em sua materialidade. Foucault investiga o aparecimento, articulação e desenvolvimento de uma *tecnologia política do corpo*, entendida como o entrecruzamento das relações de poder com o saber e o corpo. Essa tecnologia não é fixável, nem se exerce em uma única e exclusiva instituição e/ou aparelho estatal, ainda que seja por eles utilizada. Seus mecanismos e efeitos situam-se em um outro nível, aquele dos rituais minuciosos e detalhados do poder, o nível microfísico (Foucault, 1983).

Atualmente, as técnicas de fabricação do corpo e conquista da beleza são inúmeras. Academias de ginástica oferecem a cada verão novas técnicas de exercícios físicos – musculação, ginástica localizada, *spinning*, *body pump*, entre tantas outras. Os produtos cosméticos se diversificam, bem como o uso de medicamentos, suplementos alimentares, hormônios, etc. Em revistas especializadas encontramos conselhos de beleza, regimes alimentares, técnicas de depilação, exercícios para musculatura da face, para os glúteos, roupas e calçados específicos para cada atividade. As cirurgias plásticas nunca foram tão frequentes. Um extenso mercado se constitui a partir da concepção de que a beleza pode ser adquirida.

Se o corpo não para de ser reconfigurado ao longo do tempo, seria redutor analisá-lo como algo já pronto e acabado.

O corpo é um processo, resultado provisório das convergências entre cultura, técnica e sociedade.

Ele pertence menos à natureza que à história. É inútil retroceder a um suposto grau zero das civilizações para encontrar um corpo impermeável às marcas da cultura. Ao invés disso, cabe problematizar o que torna possível as práticas e representações corporais em determinada época (Sant'anna, 1995).

Assim, o corpo não é apenas texto da cultura, mas um lugar prático direto de controle social. Por meio da organização e da regulação do tempo, do espaço e dos movimentos de nossas vidas cotidianas, nossos corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominantes de individualidade, desejo, masculinidade e feminilidade (Bordo, 1997).

Em uma entrevista dada a P. Caruso nos anos 60, pouco depois de ter se tornado um personagem público com o sucesso da publicação de *As palavras e as coisas*, Foucault, questionado por seu interlocutor sobre a que disciplina pertenceriam suas pesquisas, responde:

É muito bem possível que meu trabalho tenha algo a ver com filosofia: sobretudo porque à filosofia – pelo menos desde Nietzsche – compete a tarefa do diagnosticar e não mais a de buscar dizer uma verdade que seja válida para todos e para todos os tempos. Eu procuro justamente diagnosticar: diagnosticar o presente. Eu procuro dizer aquilo que nós somos hoje e o que é que agora significa dizer aquilo que nós dizemos. Este escavar sob os próprios pés caracteriza, desde Nietzsche, o moderno pensar e nesse sentido eu posso me designar como filósofo (Foucault, 1994, vol. I, p. 606).

Nesse sentido, os dois tópicos que se seguem pretendem exercer essa tarefa de diagnóstico em campos que atravessam o nosso cotidiano presente, de modo a circunscrever, por um lado, de que maneira somos por estes constituídos e, por outro, como podemos deixar de sê-lo.

Fazer-se bela

No ensaio “*Cuidados de si e embelezamento feminino*”, Denise Sant’anna (1995) mostra que as maneiras de problematizar a aparência física, as formas de conceber e produzir o embelezamento não cessam de ser remodificados. O que é tido como belo hoje, nem sempre o foi.

Entre 1900 e 1930, a falta de beleza era traduzida em termos de doença, merecendo exame médico e tratamento com remédios. Anúncios publicitários divulgavam remédios¹ para *afinar a cintura, branquear a pele, tirar pelos ou escurecer cabelos brancos*. Enfatizavam-se menos as possíveis sensações agradáveis resultantes dos cuidados com a beleza e mais o quanto estes cuidados eram eficazes na cura de males como *inflamação do couro cabeludo, peito caído, estômagos sujos, gazes, manchas, anemia no rosto, catarros no útero* etc. Tinha-se a idéia de que a alma da beleza estava no aparelho reprodutor feminino (Sant’anna, 1995). Beleza e saúde estavam misturadas nos discursos higienistas, tanto quanto nos conselhos dados pelas revistas femininas. Mulheres das camadas médias de São Paulo consumiam cremes e pós para o rosto. Perfumes, produtos para os olhos e maquiagens eram vendidos de porta em porta. Os discursos vinculados a esses produtos faziam um amálgama entre propriedades cosméticas e medicinais (Schpun, 1999).

Além disso, o discurso médico se aliava às regras de uma moral católica. Existia a convicção de que a verdadeira beleza era fornecida por Deus. Ela era considerada um dom, muito mais do que uma conquista individual. Em vistas disso, o embelezamento colocava em risco a moral das ‘moças de boa família’. Experiências de embelezamento tendiam a ser um segredo entre amigas. Falava-se em *enriquecer, conservar* ou *restaurar* a Natureza, mas sem ousar nenhuma mudança profunda. A pintura no rosto era aceita como um artifício para *imitar* a obra da natureza, mas nunca para substituí-la.

Durante a primeira metade deste século, dificilmente a beleza será aceita como sendo fruto de um trabalho individual e cotidiano da mulher sobre seu corpo. Numa época em que a ‘Natureza’ se escreve em maiúsculo, que sua obra é considerada da ordem do prodígio divino, é

¹ A palavra cosméticos ainda não era utilizada.

perigoso intervir no próprio corpo em nome de objetivos pessoais e dos caprichos da moda. (Sant'anna, 1995, p. 126).

Esperava-se das mulheres que conhecessem a medida exata da exploração de sua beleza diante dos homens. A legitimidade da maquiagem não era mais colocada em questão, mas criava-se uma economia para seu emprego: era preciso controlar excessos indesejáveis, pois uma mulher maquiada demais podia ser confundida com uma prostituta (Schpun, 1999).

Essa preocupação com a constituição da beleza parece ter sido mais intensa na metrópole paulistana já na década de 1920. Ao estudar as relações sociais entre homens e mulheres das elites de São Paulo nesta época, Mônica Schpun (1999) mostra que a crescente urbanização exigiu uma nova cultura física masculina e feminina. A intensificação da vida urbana foi responsável pela significativa presença de mulheres no espaço da cidade. A ocupação da rua, dos locais de lazer e de comércio exigiu preparação, trabalho prévio a ser realizado sobre o rosto e sobre o corpo. A manutenção da beleza criou um novo *estilo de vida*.

Surgem os primeiros salões de beleza, produtos de beleza começam a ser vendidos de porta em porta, a moda se desenvolve com lojas de luxo, ateliês de costura, chapelarias. Todas estas transformações oferecem às mulheres a possibilidade de sair mais. “Mais visíveis na cidade, as mulheres são investidas de uma nova preocupação: a apresentação física, que as introduz na vida urbana de forma conveniente. A palavra de ordem dessa nova ingerência é a beleza” (Schpun, 1999, p. 80).

As qualidades espirituais são colocadas em segundo plano e servem para compensar, nas mulheres ‘feias’, a falta de beleza. [...] A feiúra, tanto quanto a velhice, é fonte de infelicidade para as mulheres; todos os esforços devem ser empregados para apagar ou ao menos atenuar sua presença (Schpun, 1999, p. 89).

A instituição de um trabalho de beleza necessita de aprendizado cada vez mais sistemático e metódico. Para fazer-se bela, elegante, é preciso controlar o andar, o olhar, a expressão da boca... (Schpun, 1999).

A partir dos anos 60 do século XX, a construção de uma beleza autêntica e a idéia de que “só é feia quem quer” são enfatizadas. Não se deve mais sofrer por falta de beleza e mulheres belas dão seus conselhos. Os produtos de beleza deixam de ser chamados de remédios e adquirem um poder antes pouco conhecido. Eles podem, segundo a publicidade, influenciar diretamente o psiquismo da mulher, tornando-a não somente mais bela, como também mais feliz e satisfeita consigo mesma. Não há mais segredos da beleza, esta depende unicamente da própria mulher. Há, assim, uma modernização das técnicas de produção de perfumes e cosméticos, ampliação do mercado de produtos industrializados ligados ao conforto e aos cuidados corporais. Cada mulher se torna a única responsável por sua estética (Sant’anna, 1995).

Assim, se até a década de 1950 os conselheiros de beleza eram do sexo masculino, sobretudo, médicos e escritores moralistas, hoje esses conselheiros – agora chamados de especialistas – se multiplicaram. Há uma grande oferta no mercado de professores de Educação Física, *personal trainers*, nutricionistas, cirurgiões plásticos, modelos, *experts* em moda, em maquiagem, entre outros. O culto ao corpo presente em nossa sociedade cria novos mercados, produz novos conhecimentos e, os modos de fazer-se atraente agora são outros.

Além disso, com o advento do cinema e da televisão, as normas da feminilidade passaram cada vez mais a ser transmitidas culturalmente através do desfile de imagens visuais padronizadas, diz Susan Bordo (1999).

Não nos dizem mais como é ‘uma dama’ ou em que consiste a feminidade. Em vez disso, ficamos sabendo das regras diretamente através do discurso do corpo: por meio de imagens que nos dizem que roupas, configurações do corpo, expressão facial, movimentos e comportamentos são exigidos (Bordo, 1999, p.24).

A autora enfatiza que desordens alimentares em grande escala são características da cultura da década de 1980, sendo a anorexia uma paródia das interpretações de feminilidade do século XX. “O corpo emancipado da pessoa com anorexia apresenta-se [...] como uma caricatura do ideal

contemporâneo de esbeltez exagerada para as mulheres” (Bordo, 1999, p. 24). A anoréxica busca aperfeiçoar o corpo como um objeto. Ela descobre que o corpo minguado é admirado, nem tanto como objeto estético ou sexual, mas pela força de vontade e autocontrole que projeta. Os pais travam lutas para as adolescentes comerem e ela percebe que tem um controle sobre suas vidas. A capacidade da anoréxica de viver com uma ingestão mínima de alimentos permite-lhe sentir-se poderosa e digna de admiração.

No Brasil, distúrbios alimentares entre crianças também se tornaram freqüentes. O artigo *Crianças buscam ‘corpo perfeito’* afirma que a preocupação com a forma física atinge uma faixa etária cada vez mais jovem. Influenciadas por imagens de modelos, crianças e adolescentes sentem-se insatisfeitas com seu próprio corpo. Muitas delas acabam tendo que enfrentar problemas como a anorexia e a bulimia. Entre os meninos, a busca por um ‘corpo másculo’, leva muitos deles a freqüentarem academias e a consumirem compostos alimentares e, até mesmo, hormônios sintéticos (Lemos, 1999, p. 3).

Esculpindo corpos másculos

O *body-building*, para Jean-Jacques Courtine (1995), é uma das manifestações mais espetaculares de uma cultura da aparência do corpo nos Estados Unidos. Ele não é simples espetáculo, mas é sustentado por uma indústria, um mercado e um conjunto de práticas de massa. Segundo o autor, esta é uma entre outras técnicas de gerenciamento do corpo – como *jogging*, ginástica aeróbica, regimes de poucas calorias, cirurgias plásticas – que se desenvolveram nos anos 80 do século XX e que se sustentam por uma *obsessão dos invólucros corporais*.

Ao fazer uma análise histórica das atividades físicas e esportivas nos Estados Unidos durante os séculos XIX e XX, o autor mostra que as formas de controle do corpo se modificaram, havendo uma substituição de um controle ‘negativo’ do corpo por controles positivos, o *auto-governo ativo*. Os cuidados com o corpo deixam de ser pensados como formas de cura para que estratégias preventivas, cotidianas regulem as atividades corporais: busca-se mais a produção de energias,

do que sua restrição; fazer, mais do que restringir; incitar, mais que impedir; estimular, mais do que inibir.

Essa observação vai ao encontro da concepção de poder de Michel Foucault, na qual a eficiência do poder reside justamente no fato de ele não se exercer apenas de maneira repressiva.

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (Foucault, 1995, p. 8).

A partir de 1860, numerosas academias foram construídas nas cidades norte-americanas. “Elas eram concebidas como ilhotas de salubridade regeneradora em meio aos espaços moral e fisicamente corrompidos da grande cidade” (Courtine, 1995, p. 91). Entre 1870-1880, a integração progressiva dos exercícios esportivos na utilização do tempo e os primeiros passos de um mercado de aparelhagem muscular comprovam a emergência de uma educação física de massa.

A aparelhagem muscular vai, pouco a pouco, escapar ao circuito da academia, para fazer seu aparecimento no terreno da vida doméstica ou, às vezes, profissional, com as primeiras máquinas para o salão e mesmo para o escritório. Tudo isso mostra o quanto o cuidado muscular da forma corporal penetra no tempo cotidiano, preenche os vazios do tempo de trabalho, ocupa cada vez mais ampla e regularmente o tempo de lazer (Courtine, 1995, p. 94).

O autor argumenta que a cultura do corpo é uma das formas essenciais de compromisso estabelecido pela ética puritana com as necessidades de uma sociedade de consumo de massa. Não há um desaparecimento das interdições. Ocorre sim uma nova distribuição das coações.

O indivíduo, sem nenhuma dúvida, ampliou seu potencial de ação, e o corpo ganhou uma liberdade inédita de movimento. Mas se o exercício esportivo é uma alegria, ele é também um dever [...]. O organismo é o objeto de uma gestão ansiosa. A saúde, em que os puritanos de

outrora não viam mais do que um bem a conservar, tende a se transformar no objeto de uma atividade febril. O amor pelo bem-estar produziu suas servidões. Entre elas, o culto ao corpo (Courtine, 1995, p. 102-103)

Tais questões se prolongam até os dias de hoje e têm circulado na mídia impressa: “quase a metade dos homens americanos está insatisfeita com seu corpo” (Calligaris, 2001). Trata-se de uma insatisfação calada, pois se supõe ainda que ‘um macho’ não ligue para sua aparência. Mesmo assim, demonstra o cronista, é suficiente para mobilizar uma indústria. Na virada do século, os homens americanos gastaram dois bilhões de dólares em mensalidades de academia e uma quantia equivalente em aparelhos para exercitar-se em casa. Ademais, somam-se a isto cirurgias plásticas e o mercado dos suplementos alimentares. Segundo consta, três milhões de americanos – entre os quais 6,5% dos jovens entre 15 e 16 anos – tomam ou já tomaram esteróides anabolizantes para facilitar o desenvolvimento da musculatura e diminuir gordura corporal.

Parte não-negligenciável dos malhadores não encontra saúde nenhuma. Só nos EUA, as pesquisas mostram que, para quase 1 milhão deles, a insatisfação com seu corpo deixa de ser um incentivo e transforma-se numa obsessão doentia. Eles sofrem de uma verdadeira alteração da percepção da forma de seu próprio corpo. Por mais que treinem, “sequem” e fiquem fortes, desenvolvem preocupações irrealistas, constantes e angustiadas de que seu corpo seja feio, desproporcionado, miúdo ou gordo etc. Passam o tempo verificando furtivamente o espelho. Recorrem a dietas ferozes que acarretam verdadeiros transtornos alimentares (anorexia e bulimia já se tornaram patologias também masculinas). São as primeiras vítimas do uso desregrado de qualquer substância que prometa facilitar o crescimento muscular. Nos casos mais graves, a obsessão do corpo destrói a vida social, profissional ou escolar dos sujeitos. Convencidos de sua feiúra, eles se escondem num leque que vai desde se recusar a tirar a camisa até se trancar em casa. Abandonam estudos e carreiras para passar o tempo treinando. Sacrificam casamentos e relações amorosas. Não são raras as tentativas de suicídio (Calligaris, 2001).

A utilização de ‘drogas emergentes’ por parte de freqüentadores de academias e de casas noturnas é assunto recorrente. Segundo Augusto Pinheiro (2001), o consumo começou discretamente entre os adeptos da malhação mais pesada. Nos últimos tempos, suplementos dietéticos de origem norte-americana contendo efedrina, bem como comprimidos da própria substância, invadiram as casas noturnas e as festas *raves* tornando-se “combustíveis da noite”. O que se procura com a administração dessas drogas? Os usuários, tanto das academias quanto das casas noturnas, buscam a euforia e o aumento de estímulos provocados por tais produtos. O princípio ativo da efedrina acelera o metabolismo do organismo, o que, por sua vez, aumenta a queima de calorias, motivo pelo qual ela também é vendida como produto dietético. Os usuários destes produtos revelam que tomam comprimidos de efedrina antes de praticar musculação, porque lhes dá “mais gás para treinar”. Alguns afirmam saber dos danos que a efedrina pode causar ao coração, mas acabam pensando mais na questão estética (Pinheiro, 2001).

Uma pesquisa desenvolvida na UFRJ constatou que a busca de músculos esculpidos à base de fármacos está levando jovens aos consultórios psiquiátricos e clínicas de tratamento de viciados em drogas. A pesquisa intitulada “*Esteróides anabolizantes: nova droga de abuso*” e coordenada pela psiquiatra Magda Waissman, analisou o caso de seis jovens que recorreram a internações clínicas para se livrarem das chamadas ‘bombas’, nome popular dado aos hormônios masculinos sintetizados em laboratórios. Os especialistas entendem que podem comparar a dependência de anabolizantes a distúrbios como a anorexia e a dependência de drogas. Essas pessoas não admitem largar os remédios porque acreditam que dependem deles para manter a força física. Os esteróides são normalmente adquiridos dentro das academias de ginástica, sendo, muitas vezes, o próprio instrutor quem estimula o aluno a consumir essas substâncias a fim de que se obtenha um melhor resultado. As conseqüências dos abusos de “bombas” que levam os jovens ao tratamento psiquiátrico são normalmente as mesmas: irritabilidade, relatos de euforia ou depressão, transtornos de humor, dificuldade em suspender o uso da droga e, recaídas após curtos prazos de interrupção do uso (Monteiro, 2000).

Para o urologista Jorge Hallack, professor da Faculdade de Medicina da USP, “o uso de anabolizantes é uma questão de saúde pública. Cada vez mais jovens estão ingerindo mais quantidades absurdas dessas drogas”. Ele relata que chega a seu consultório, em média, um caso por semana de garotos com atrofia testicular ou esterilidade provocada pelo uso de esteróides. Para a Dra. Magda Weissman, a dependência gerada pelos anabolizantes é equivalente ao vício em cocaína ou outras drogas similares (Monteiro, 2000).

Em pesquisa sobre as representações sociais e as práticas dos freqüentadores de academias de musculação em dois bairros de classe média do subúrbio carioca, César Sabino (2000) constatou que a forma física constitui um item fundamental de interação social, exigindo rigorosas normas estéticas nas quais os indivíduos tentam, ininterruptamente, enquadrar seus corpos. Segundo o autor, parece existir entre os praticantes de musculação a concepção de que a verdadeira masculinidade procede diretamente da imagem corporal do macho. “O corpo deve exprimir a essência do masculino, traduzindo em músculos, gestos, posturas e olhares a hombridade contraposta a tudo que é fraco, leve, suave, feminino e que, por conseqüência, ameaça e angustia essa mesma masculinidade” (Sabino, 2000, p. 94).

As cirurgias plásticas, que até há pouco tempo atrás eram realizadas primordialmente por mulheres, passaram a ser realizadas também por homens. Entre 1994 e 1999, essas intervenções em representantes do sexo masculino saltaram de 5% para 30% do total realizado. Os médicos estimam que em breve haverá igualdade entre os sexos na procura de “*lipos*”, *liftings* e afins. Por outro lado, o psicólogo Sócrates Nolasco atribui a crescente procura pela plástica a uma banalização: “É típico de uma sociedade que faz apologia da juventude e da beleza, em detrimento do investimento em almas mais bonitas, e hoje isso vale para mulheres e homens. A geração tecnológica prefere correr os riscos de uma cirurgia a praticar esportes” (Jornal do Brasil, 2001).

Considerações Finais

Curioso notar que toda essa exaltação do corpo ‘belo’ e ‘saudável’ que assistimos em nossos dias é, paradoxalmente, ao mesmo tempo, portadora de uma abjeção ao corpo enquanto “natureza”. Deixado ao sabor dos processos naturais, o corpo parece correr o risco constante de degeneração ou, obsolescência. Daí os ‘cuidados’ imperativos aos quais ele deve ser submetido. O ‘corpo-natureza’ passa a dar lugar ao ‘corpo-artifício’, corpo que se constrói, se manipula, se treina, se trata, enfim, que se produz em nome de critérios de eficácia e otimização, bem ao modo de uma racionalidade funcionalista e tecnocientífica.

Não se trata de propor um retorno a um estado de coisas onde estaríamos isentos de quaisquer coerções corporais e entregues a uma idílica condição tal como aquela do “bom selvagem” de Rousseau. No entanto, caberia perfeitamente, neste contexto, introduzir formas de insubmissão a tal ordem. Essa insubmissão não seria necessariamente irracionalista e tecnofóbica, mas poderia valorizar dimensões mais críticas e criativas de nossa existência corporal neste campo de relações, de forma a atenuar o determinismo de mão única da tecnoracionalidade consumista vigente.

O primeiro passo, nos parece, é traçar o diagnóstico do novo panorama deste campo de lutas.

Os corpos que se configuram a partir das últimas décadas não são mais aqueles dos anos 60 e 70 do século XX, sede das liberdades e resistências, lugar das identidades e de seus questionamentos, meios de expressão e revolta. Com o recente desenvolvimento da farmacologia, da genética e da informática, a ciência e a tecnologia passam a focalizá-lo do ponto de vista instrumental como um híbrido com suas próteses. Como mostra Foucault (1995), o corpo tornou-se aquilo que está em jogo numa luta entre múltiplos agentes e dispositivos técnicos, entre crianças, adolescentes, jovens e as instituições e práticas de saúde, educação, informação e controle. À revolta do corpo sexo-político dos anos 60-70 vem o contra-efeito desta ofensiva. Como é que o poder responde? Através de uma exploração econômica da erotização, desde os produtos da indústria farmacêutica até

os filmes pornográficos e as peças publicitárias. Como resposta à revolta do corpo encontramos um novo investimento que não tem mais a forma do ‘controle-repressão’ mas, do ‘controle-estimulação’, cujos imperativos são: “Fique nu/a, seja magro/a, jovem, bonito/a, bronzeado/a, sedutor/a enfim: preparada/o!...” Estejamos também preparadas/os para resistir a essas renováveis investidas!

Referências

ALTMANN, Helena. Marias (e) homens nas quadras: sobre ocupação do espaço físico escolar. *Educação e Realidade*. v. 24, n. 2, p. 157-174, jul./dez. 1999.

ALTMANN, Helena. *Rompendo fronteiras de gênero: Marias (e) homens na Educação Física*. Belo Horizonte: UFMG, 1998. 111 p. (Dissertação, Mestrado em Educação).

BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, S. (org.). *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997.

CALLIGARIS, Contardo. Músculos impossíveis e invejáveis. *Folha de São Paulo*, 08/02/2001.

COURTINE, Jean-Jacques. Os Stakhanovistas do Narcisismo: body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT’ANNA, Denise (Org.) *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I. a vontade de saber*. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. 2 ed., Petrópolis: Vozes, 1983.

FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits – 1954-1988. vols. I-IV*. In: Daniel Defert et François Ewald (org.). Paris: Galimard, 1994.

JORNAL DO BRASIL, Cirurgia (re)faz a cabeça dos cariocas. *Jornal do Brasil*, p. 22, 09/03/2001.

LEMOS, Antonina. Crianças buscam ‘corpo perfeito’. *Folha de São Paulo*, Caderno 3, 30/05/1999.

LÉVY, Pierre. *O que é o virtual?* São Paulo: Ed. 34, 1996.

MARTINS, Carlos José. Corpo e história: uma abordagem genealógica. In: VII Congresso Brasileiro de História da Educação Física, Esporte, Lazer e dança. *Anais...* Gramado – RS, maio de 2000, p. 344-349.

MARTINS, Carlos José. Michel Foucault: filosofia como diagnóstico do presente. *Cadernos da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP – Marília*, v. 9, n. 1, 2000, p. 149-167

MARTINS, Carlos José. O corpo e suas configurações históricas. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 21, n. 1, p. 1635, 1999.

MONTEIRO, Karla. Anabolizante leva à internação psiquiátrica. *Folha de São Paulo*, C.4, 29/10/2000.

PINHEIRO, Augusto. Drogas emergentes. *Folha de São Paulo*, Folha Teen. 06.08.2001.

SABINO, César. Musculação: expansão e manutenção da masculinidade. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.). *Os novos desejos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000. p. 63-103.

SANT’ANNA, Denise. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT’ANNA, Denise (Org.) *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SANT’ANNA, Denise. “Corpo a próxima fronteira do capital”. *Folha de São Paulo*, 16/03/1997.

SCHPUN, Mônica Raisa. *Beleza em jogo: cultura física e comportamento em São Paulo nos anos 20*. São Paulo: Boitempo/SENAC, 1999.

O CORPO EM FOUCAULT ENTRE CONSTRUTIVISMO E FENOMENOLOGIA

Francisco Ortega

“Nenhuma desconstrutivista vai me dissuadir de minha corporeidade”
(Barbara Duden, 1993).

Vivemos uma conjuntura favorável para falar do corpo. Sirva como exemplo o livro de Maren Lorenz, publicado no ano 2000 com o título de *Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte* (“Passado corporal. Introdução à história do corpo”), em cuja bibliografia aparecem 1156 títulos sobre o corpo. O interesse teórico pelo corpo é, como era de esperar, concomitante à aparição da ‘cultura do corpo’. Da filosofia à psicanálise, passando pela antropologia, história, sociologia, literatura comparada, estudos culturais, de raça, gays e lésbicas, tornou-se um lugar comum falar do corpo, de seu estatuto e construção. Depois da virada lingüística, assistimos a uma ‘virada corporal’ na teoria social (Tamborino, 2002). Esse debate passou por diferentes momentos de inflexão nas últimas décadas.

A discussão sobre a história do corpo pode ser sintetizada a partir das mudanças na recepção do pensamento de Foucault. Enquanto no início dos anos 80 as pesquisas influenciadas pela obra do filósofo francês focalizavam no disciplinamento social dos indivíduos, deslocou-se o interesse, em meados da década, para o seu conceito de discurso, o que constitui uma ‘virada lingüística’ na história do corpo. Virada realizada de maneira mais decisiva pelos ‘estudos de gênero’ e que concentrou a história do corpo no início dos anos 90, no debate epistemológico e feminista que concebia o corpo uma construção discursiva. Michel Feher, na sua introdução aos três volumes dos *Fragmentos para uma história do corpo humano*, considera a história do corpo “não como a história de suas

representações, mas como a história de seus modos de construção”.¹

Apesar de todos nós termos/sermos um corpo (o que acredito que ninguém negue), o que seja esse corpo que temos/somos está longe de ser consensual. Por motivos de economia, vou me concentrar em um aspecto central dos debates sobre a corporeidade. Trata-se da controvérsia entre uma posição que podemos chamar de “construtivista”, ou de “construtivismo social”² e outra que podemos chamar de “materialista”, ou “corporificada”.³ Os críticos desta última posição gostam de tachá-la de essencialista, ou fundacionalista vinculando-a ao conservadorismo social e ao normativismo. Nesse sentido, Naomi Schor, uma teórica feminista, reconhece que “o revisionismo, por não dizer o essencialismo, está para o Marxismo-Leninismo como o essencialismo para o feminismo: a expressão principal do terrorismo intelectual e o instrumento privilegiado da ortodoxia política. Emprestado do vocabulário consagrado da filosofia, a palavra essencialismo foi provida no contexto do feminismo do poder de reduzir ao silêncio, de excomungar, de consignar ao esquecimento” (*apud* Martin, 1994, p. 650). Evidentemente ambos os pólos, essencialismo e construtivismo, constituem os extremos de um espectro ao longo dos quais se situam as diferentes posições teóricas sobre o corpo.

Os defensores do construtivismo social acreditam que suas posições possuem uma vantagem epistemológica e ética sobre as posições materialistas que levam em conta a experiência do corpo vivido. Defender uma posição que considere a dimensão encarnada e material da corporeidade (o que não nos torna essencialistas ou fundacionalistas) possui, a meu ver, vantagens éticas e epistemológicas frente a posições construtivistas, as quais estão na base de projetos em inteligência artificial, biotecnologias, pós-humanismos, e recriam o dualismo da tradição que pretendem criticar. Ao longo deste texto procurarei fornecer os motivos éticos e epistemológicos favoráveis à posição que defendo.

¹ Feher, 1989, I: 11 ss. Ver Stoff, 1999; Lorenz, 2000; Porter, 1992; Bynum, 1995.

² O que constitui uma tautologia como o filósofo Ian Hacking (1999) notou, pois, afinal, existem construções que não sejam sociais?

³ Uso ‘corporificada’ para traduzir o termo inglês ‘embodied’, o qual é difícil verter para o português. É traduzido por encarnado, corporificado ou incorporado, mas nenhum deles captura adequadamente a riqueza polissêmica do original.

Nos debates sobre o corpo, o construtivismo social está historicamente vinculado à figura de Foucault. São, no entanto, os pós-foucaultianos (feministas, teóricos dos estudos culturais e de raça, gays e lésbicas, entre outros) que defendem as versões mais extremas dessa posição. A visão de Foucault é mais nuançada, afastando-se, nos anos 80, do construtivismo radical dos 70, como veremos. Exponho a seguir alguns elementos da posição construtivista do corpo. Por motivos de economia, remeto-me a obra de Foucault e de autores que utilizam o pensamento dele como ponto de partida.

Foucault e o corpo

Qualquer conhecedor da obra de Michel Foucault sabe da aversão que este autor nutria pela tríade constituída pela fenomenologia, pelo marxismo e pelo existencialismo. Para ele, esses saberes remetiam a uma filosofia do sujeito, da consciência, a um projeto fundacionalista do qual o filósofo queria manter distância: “Podemos dizer que o sujeito é a única forma de existência possível? (1994, IV, p. 49). Essa pergunta em uma entrevista de 1978 resume o questionamento de Foucault diante de um sujeito que dá sentido ao mundo, como acontece na fenomenologia e no existencialismo. Vale a pena ressaltar que nas entrevistas, ao criticar a fenomenologia e o existencialismo como projetos fundacionalistas, Foucault pensa mais na figura de Sartre que na de Merleau-Ponty, que, por sua vez, não é poupado de críticas. A crítica a Merleau-Ponty aparece em *As palavras e as coisas*, ao definir a fenomenologia existencial do corpo como um projeto ambíguo e instável: “O que é dado na experiência e o que possibilita a experiência se correspondem em uma oscilação infinita” (Foucault, 1990, p. 347). O corpo constitui a entidade ambígua que é ao mesmo tempo um fato e a condição de possibilidade de todos os fatos. Porém, é na ambigüidade do corpo que reside o interesse de Merleau-Ponty. Trata-se de uma ambigüidade constitutiva de nossa experiência da corporeidade como *carne* reversível.⁴ Isto é, sentimos nosso corpo não

4 Numa palestra proferida em Tóquio em 1978, Foucault retoma criticamente a noção de *carne* (*chair*), a qual é descrita como a “própria subjetividade do corpo”, ou seja, em termos próximos do uso do último Merleau-Ponty (o do *Visível e o invisível*). Porém, ao aproximá-la do conceito cristão de carne, representa um mecanismo de sujeição dos indivíduos a seu próprio corpo (1994, III: 566). Vale a pena lembrar que o quarto volume, inédito até hoje, da *História da sexualidade* levaria por título *As confissões da carne*.

meramente composto de qualidades perceptíveis, mas como algo que percebe, não é apenas visto ou ouvido, mas vê e ouve, não é somente tangível, mas toca: mediante a capacidade de tocar com uma mão a outra mão tocando coisas, experiencio minha mão simultaneamente como tocante e tocada, sujeito e objeto.⁵ Supera-se, portanto, a dicotomia sujeito-objeto, própria, segundo Foucault, do pensamento antropológico.

A crítica à fenomenologia também aparece no conceito de experiência. Frente à experiência fenomenológica que remeteria a um sujeito fundacional, Foucault defende a partir de Nietzsche, Blanchot e Bataille uma experiência-limite que visa a dessubjetivação e o desprendimento de si (1994, IV, p. 43). Voltarei à noção de experiência em Foucault mais adiante.

O construtivismo em relação ao corpo na obra de Foucault surge mais nitidamente nos anos 70, associada ao que comumente se conhece como genealogia do poder. É essa posição que foi a mais difundida em versões mais ou menos radicais entre os numerosos autores que nos campos mais diversos, influenciaram-se pela sua obra.

Em 1971, num texto programático⁶ que constitui uma inflexão no seu pensamento, ao introduzir as categorias de corpo e de poder, Foucault faz a seguinte observação acerca do corpo: “Nada no homem - nem seu *corpo* - é suficientemente estável para compreender os outros homens e se reconhecer entre eles” (1994, II, p. 147). Essa afirmação denota o nominalismo extremo e o construtivismo radical da sua visão do corpo dos anos 70. Ao afirmar a heterogeneidade radical dos corpos torna-se impossível estabelecer qualquer noção de um ‘nós’ humano, o que produz duas conseqüências fundamentais: por um lado, as identidades baseadas em características biológicas e corporais podem levar a valorização de minorias étnicas ou sexuais, ao constituir o fundamento de pleitos por igualdade social ou moral de negros, gays, lésbicas

⁵ Ver, Merleau-Ponty, 1987; Cohen, 1984. Por outro lado, como lembram Dreyfus e Rabinow (1983), a crítica de Foucault ao corpo fenomenológico aplica-se também as regras de formação discursiva da arqueologia foucaultianas, as quais seriam transcendentais no mesmo sentido dos existenciais heideggerianos e dos esquemas corporais merleau-pontyianos.

⁶ “Nietzsche, la généalogie, l’histoire”, *Hommage à Jean Hyppolite*, Paris, PUF, 1971. Publicado nos *Dits et écrits*, vol. II : 136-156.

e deficientes físicos entre outros; porém, esses mesmos predicados corporais servem freqüentemente nas nossas sociedades de critérios de demarcação e de exclusão, dos quais o racismo e o sexismo são as manifestações mais conhecidas (Costa, 2004; Ortega, 2004). Foucault sempre foi crítico das políticas identitárias, e sua observação antecipa posições defendidas nos anos 80, especialmente em relação ao papel sócio-político da comunidade gay (Ortega, 1999). Nesse sentido, a sua cautela é compreensível. Por outro lado, é difícil aceitar o seu nominalismo extremo. As representações de um 'nós' não têm porque conduzir inexoravelmente à exclusão dos 'outros'. É difícil também pensar em representações de um 'eu' ou de um 'nós' coerente que não surjam originalmente da comparação entre os corpos. Com essa afirmação Foucault queria criticar Lacan e o seu famoso ensaio sobre o estágio do espelho.⁷ Nele, a imagem do próprio corpo surge da imagem do corpo do outro. É a partir dela que a nossa imagem ganha os seus contornos.

O texto de 1971 inaugurava a noção de corporeidade dos anos 70, apresentada mais nitidamente em *Vigiar e punir* e em textos da mesma época. Neste livro, o corpo aparece como um produto, um objeto infinitamente maleável do poder. O alvo da disciplina é a fabricação de "corpos dóceis", isto é, corpos analisáveis e manipuláveis, o "corpo natural". O indivíduo e a sua alma são produzidos pelos dispositivos disciplinares sobre o corpo (1991, 1994, III, p. 36-7). Enfim, em numerosos lugares de sua obra Foucault afirma a construção e maleabilidade histórico-social do corpo.

A construção social do corpo

Mas o que significa dizer que o corpo é construído, que é uma "construção social"? Responder a essa pergunta não é tão fácil como poderia parecer à primeira vista. O filósofo da ciência Ian Hacking escreveu um livro com o título sugestivo de *The social construction of what?* (1999) para mostrar as confusões implicadas nas teses construtivistas. Ele parte de uma lista de livros nos quais aparece a palavra construção no título. A relação de objetos que aparentemente seriam

⁷ Lacan, 1966; Sarasin, 1999.

socialmente construídos é totalmente diversa e heterogênea, estendendo-se desde a ‘fraternidade’, o ‘perigo’, a ‘criança que assiste TV’, até as ‘mulheres refugiadas’, o ‘nacionalismo Zulu’, passando pela ‘cultura homossexual’, a ‘natureza’, a ‘realidade’, os ‘quarks’ e os ‘fatos’. Diante dessa lista tão singular e díspar, é necessário estabelecer algumas distinções. Quando dizemos que “X” é uma construção (ou que é um predicado essencial de alguma coisa), sendo “X” homossexualidade, raça, gênero, corpo ou qualquer outra categoria ou objeto, podemos estar nos referindo a múltiplas referências da categoria “X”. No caso da homossexualidade, X remete tanto aos indivíduos que se denominam homossexuais, mas também à cultura homossexual, ou às práticas homossexuais, assim como aos genes homossexuais, e ao homossexual como um tipo de pessoa. Acontece o mesmo no caso de “X” ser gênero, onde “X” pode designar a idéia de indivíduos sexuadaos, os próprios indivíduos sexuadaos, a linguagem, as instituições ou, os corpos sexuadaos. Nos debates sobre o estatuto do corpo freqüentemente não fica claro qual é o referente de “X”. Ao falar da construção do corpo, pode haver referência ao próprio corpo, à idéia do corpo ou às instituições médicas e jurídicas que construíram a noção de um corpo natural e sexuadao, entre outros.

Para Hacking, essa confusão epistemológica procede basicamente do fato de que habitualmente não se estabelece uma diferenciação entre a idéia de um objeto e o próprio objeto. Na maioria dos casos, a construção se refere à idéia de alguma coisa e não à coisa mesma. Bruno Latour é crítico da posição de Hacking argumentando que não é tão fácil distinguir idéias de objetos:

Palavras e mundos não representam duas estátuas se enfrentando e marcando os territórios respectivos dos dois reinos, ‘só será jurada lealdade a um deles’. Palavras e mundos marcam antes extremos possíveis e não muito interessantes, pontos finais de um conjunto complexo de práticas, mediações, instrumentos, formas de vida, engajamentos e envolvimento mediante os quais novas associações são geradas (Latour, 2002).

Para o antropólogo francês, a distinção estrita entre idéias e objetos, proposições e fatos, reduz o debate à escolha

entre realismo e nominalismo, impedindo qualquer tipo de mediação entre as palavras e as coisas.

Acredito que Bruno Latour refere-se ao que Rheinberger (2001) designou como “coisas epistêmicas” (*epistemische Dinge*), ou seja, o objeto da pesquisa científica, o que se define precisamente pela sua indeterminação, seu caráter vago e indefinido. Com Michel Serres, afirma “quem pesquisa, não *sabe*, mas *tateia* adiante, *brinca*, *vacila*, *suspende* sua decisão” (*apud* Rheinberger, 2001: 24-5). Essa indefinição conceitual não constitui uma deficiência ou falha da prática científica, mas é constitutiva dela. As “coisas epistêmicas” corporificam o que ainda não sabemos, são formações mistas, “ainda objeto e já símbolo, ainda símbolo e já objeto” (Serres, *apud* Rheinberger, 2001, p. 25). A questão acerca das “coisas epistêmicas” deve levar em conta tanto o contexto de sua descoberta como sua história. Acredito que a própria idéia de ‘corpo natural’, tal como aparece na história da medicina, especialmente na fisiologia e na anatomia do século XIX, teve esse estatuto ambíguo de “coisas epistêmicas”. Uma coisa é afirmar que o corpo na história da medicina teve um estatuto de construção, o que dificulta, portanto, na esteira de Latour, distinguir entre idéia e objeto. Trata-se de uma posição que me parece razoável, e implicaria contemplar a ciência como uma práxis cultural, na qual a historização do processo de conhecimento científico impede separação radical entre natureza e cultura. Outra coisa muito distinta é dizer que a dimensão fenomenológica do corpo, a experiência do corpo em primeira pessoa e a sua materialidade é construída, o que acredito que pode e deve ser questionado. Não penso que defender esta última posição nos torne realistas exacerbados, essencialistas ou fundacionalistas, como tentarei mostrar neste texto.

A visão mais radical do construtivismo corresponde, segundo Hacking, ao construtivismo social universal, uma etiqueta que nenhum proponente do construtivismo parece aceitar. Segundo essa visão aplicada ao corpo, não apenas nossa maneira de falar acerca dele, as idéias, as teorias e classificações sobre ele seriam socialmente construídas (o que me parece aceitável), mas também a nossa experiência dele e, sobretudo, o próprio corpo na sua materialidade (o que deve ser

problematizado). Acontece que o construtivismo social universal é ético-politicamente contraproducente, pois se tudo é construído, de que serve alertar sobre a construção de nossas categorias de gênero, raça, entre outras? É por isso que a maior parte dos construtivistas faz reivindicações locais e específicas. Porém mesmo locais e específicas no que diz respeito a uma categoria “X” e não à realidade como um todo, diversos construtivistas afirmam a própria construção do objeto corpo, a sua materialidade, e não apenas da maneira como nos referimos a ele. Trata-se de uma posição que, com Hacking, podemos denominar de idealismo lingüístico e que afirma que só existe aquilo sobre o que falamos ou escrevemos.

Uma distinção importante que merece ser introduzida nos debates sobre a construção do corpo é a discriminação entre pressupostos epistemológicos e ontológico-antropológicos implicados na hipótese construtivista (Landweer, 2002). Ao afirmar que a materialidade do corpo é construída, confunde-se uma questão epistemológica, que diz respeito a nosso acesso à realidade, e uma ontológica, referente ao modo de existência dessa materialidade. Segundo o *pressuposto epistemológico* dos construtivistas, não possuímos um acesso natural ao corpo, não podemos saber o que esse corpo realmente é, independentemente das práticas discursivas e sociais que são historicamente relativas. Trata-se de uma *posição agnóstica*, pois recusa fazer afirmações verdadeiras e universais sobre o corpo, limitando-se a descrever como se fala dele em contextos determinados. Para determinar como o corpo é construído nos diferentes contextos sócio-históricos lança mão de análises históricas, sociológicas e etnológicas. O *pressuposto ontológico* do construtivismo, por sua vez, se articula na forma de ontologia negativa, afirmando que o corpo e a materialidade não existem, são uma construção social, um efeito discursivo. Essa posição pode ser identificada com a figura de Judith Butler (1990; 1993). Para a filósofa feminista, a materialidade do corpo é negada. Ela não é anterior ao discurso e sim o seu efeito, o “efeito mais produtivo do poder”. A materialidade é produzida performativamente. A performatividade é o “poder reiterativo do discurso de produzir os fenômenos que regula e constrange” (Butler 1993, p. 2). Invocar a matéria é invocar uma história sedimentada da

materialidade (as normas reguladoras que governam sua materialização) e como consequência, a materialidade do corpo “deveria certamente ser um objeto da investigação feminista, mas [...] seria problemática como *fundamento* da teoria feminista” (1993, p. 49).

A maioria dos construtivistas sustenta uma posição agnóstica sem atingir a ontológica negativa e negar a materialidade do corpo. Todavia, a posição agnóstica, que em princípio recusa-se a fazer afirmações universais e verdadeiras acerca do corpo e limita-se a descrever as diferentes maneiras como os corpos são tematizados nos diferentes contextos sócio-históricos, funciona como uma metateoria, isto é, como um postulado metodológico com força normativa para as diferentes disciplinas (Landweer, 2002). Dessa maneira, aproxima-se da posição ontológico-negativa que nega a materialidade do corpo. Com frequência, posições agnósticas são posições ontológicas negativas não explicitadas. A etiqueta de “funcionalismo discursivo” aplica-se a diversos construtivismos que, *à la* Butler, acreditam que a

compreensão de nossa imersão no discurso funciona como uma ‘verdade última’, uma estrutura privilegiada usada para desconstruir à vontade outras estruturas de compreensão - é por isso que ofereço a imagem de uma ‘máquina de massa teórica’ (*theoretical pasta-machine*) que converte tudo o que passa por ela em um ‘tropo’ - e, fazendo isso, as dispensa como se fossem detrito (Bordo, 1998, p. 89).

Numerosas teóricas feministas na esteira de Judith Butler avançaram para posições ontológicas negativas, afirmando que tudo é discurso e que a materialidade do corpo é um efeito do poder. Acredito que uma razão desse deslocamento resida no fato de que uma parte considerável da literatura disponível sobre o corpo seja produzida por autoras feministas, como ressaltam Caroline Bynum e Roy Porter, entre outros,⁸ o que tem como resultado o fato de que boa parte da discussão acerca do corpo gire em torno do sexo e do gênero. A passagem dos pressupostos epistemológicos para os ontológicos é mais fácil quando a construção social do sexo/

8 Bynum, 1995; Porter, 1992; Lorenz, 2000.

gênero é usada como metonímia do corpo na hora de criticar as posições não-construtivistas (tachadas comumente de essencialistas). Parece ser menos problemático afirmar que o gênero (e até mesmo a sexualidade) não é um fato biológico e sim uma construção discursiva, do que dizer o mesmo em relação à materialidade corporal.

Qual é a posição de Foucault nesse debate? Em princípio, ele assumiria posições agnósticas oscilando em certos momentos para a ontológica negativa, ao afirmar que a disciplina fabrica corpos e produz o corpo natural ou, que a alma é fabricada a partir da disciplina corporal (Foucault, 1991). O pensador francês afirmou em diversas ocasiões que sua posição é mais materialista que a do marxismo, já que não examina os efeitos do poder no nível da ideologia e sim no nível do corpo. O poder é “exercido *fisicamente* sobre os corpos”;⁹ o indivíduo é “produzido por relações de poder sobre o corpo” (1994, III, p. 36-7), relações estas que “podem penetrar *materialmente* na espessura mesma do corpo”.¹⁰ Apesar do realce dado aos efeitos ‘materiais’ e ‘reais’ do poder, o engajamento com o ‘corpo real’ convive paradoxalmente com a visão epistemológica (a posição agnóstica), segundo a qual o corpo desaparece como entidade ‘material’ ou ‘biológica’, já que ele é conhecido apenas mediante o filtro de um determinado discurso (médico, jurídico, pedagógico) ou das relações de poder. O corpo biológico aparece como uma manifestação do social (Williams e Bandelow, 1998). Foucault (e muitos de seus seguidores) não parecem mostrar interesse na materialidade do corpo como uma entidade ativa e intencional. Sua obra não fornece uma fenomenologia do corpo adequada para dar conta de sua dimensão material, como é levantado por vários comentadores.¹¹ A experiência sensorial envolvida no fato de termos um corpo não recebe a adequada atenção por Foucault, salvo o prazer e o desejo, como únicas sensações que o corpo parece sentir. A experiência vivida pelo corpo é eclipsada pela ênfase nos controles reguladores sobre ele. As relações de saber e de poder transformam os corpos em objetos de conhecimento. Eles são símbolos, metáforas e localizações

9 1994, II: 523, minha ênfase.

10 1994, III: 231, minha ênfase.

11 Outram, 1989, Turner, 2001.

para o exercício do poder, ignorando até que ponto fornecem experiências vividas a seus proprietários e constituem uma compreensão limitadora da experiência humana (Outram, 1989; Lorenz, 2000).

O corpo aparece como uma matriz metafísica, um mero invólucro, um retículo sobre o qual atuam os discursos e práticas sociais na escola, no hospital, na prisão, nas casernas e nos consultórios dos psicanalistas. Mas o que sente esse corpo? Sobre isso Foucault não nos informa. Não sabemos o que se sente como sujeito disciplinado, ou submetido ao olhar do panóptico. Os corpos disciplinados não parecem sentir medo, frustração, dor, vergonha, humilhação, infelicidade ou ansiedade. É nesse sentido que devemos compreender a afirmação de Terence Turner de que, para Foucault, o corpo não tem *carne* (Turner, 2001). Tanto para Foucault como para muitos construtivistas, o corpo é encarado como uma construção simbólica e não como um objeto de carne e ossos. A história do corpo é encarada como a história de suas representações, dos discursos sobre ele, ignorando completamente a experiência subjetiva do corpo, o que resulta na noção de corpo como uma entidade infinitamente maleável e disponível, cujas conseqüências éticas e epistemológicas serão abordadas mais adiante.

Acredito que essa visão descarnada da corporeidade esteja ligada ao privilégio concedido à visão e aos dispositivos visuais na construção do corpo que observamos na obra de Foucault. Tanto em “*O nascimento da clínica*” como em “*Vigiar e punir*” opera um dispositivo ótico, visual, na construção do corpo. Lembremos que o ‘olhar’ (*le regard*) constitui uma noção fundamental do pensamento foucaultiano.¹² Tanto o olhar clínico como o olhar panóptico, tornam o corpo visível. A descontinuidade que a modernidade introduz em relação à época clássica é interpretada em termos visuais. O modelo moderno da anátomo-clínica - o olhar em profundidade que torna visível o interior do corpo - encontra sua contrapartida genealógica na substituição do dispositivo tátil da punição clássica, na qual o suplício e a tortura inscreviam a pena no

¹² *O nascimento da clínica* começa com a frase seguinte: “Este livro trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar” (Foucault, 2003, p. vii). O olhar é fundamental também para o dispositivo panóptico (Foucault, 2001). Sobre a hegemonia da visão na modernidade, ver Levin, 1993.

corpo do acusado (lembramos o suplício de Damiens que abre as páginas de *Vigiar e punir*), por um dispositivo visual da nova justiça penal da modernidade. A “pena incorporal” (Andrieu, 2004), visa à anestesia e à substituição do tato pela visão: “quase sem tocar o corpo, a guilhotina suprime a vida” (Foucault, 1991, p. 19). Ela atinge a alma sem passar pelo corpo. Frente ao tato, a visão é descorporificante, esvaziando o corpo de sua substância, de sua materialidade. É descarnada, ao nos afastar dos objetos e desligar a sensação do movimento, devido à perda do envolvimento motor com o objeto. O tato, em contrapartida, nos fornece a experiência de realidade e de materialidade dos objetos, nos acercando deles, criando um vínculo, uma co-presença com eles. Análogo às tecnologias de visualização do corpo, os dispositivos visuais de construção do corpo apresentam um modelo de corporeidade descarnada.

A aversão, o ‘pavor da carne’ (usando a expressão de Paula Sibilia) recorrente em diversas variantes do construtivismo, corresponde ao que as teóricas feministas Julia Kristeva, Elizabeth Grosz e Gail Weiss tematizaram, a partir de Lacan, como *abjeção* (Weiss, 1999a; 1999b), isto é, a *rejeição corporal da corporeidade*. A abjeção corporal da materialidade presente no construtivismo social mais radical encontra sua contrapartida empírica na vontade de transcender a materialidade orgânica do corpo que aparece nos modelos ideais de corpo ‘fat-free’ e de pureza digital, livres de qualquer gordura ou carne, das fotomodelos retocadas digitalmente, assim como nos diversos projetos em realidade virtual, inteligência artificial, *cyborglogias* e pós-humanismos que proliferam em nossas sociedades. Para Lacan, o abjeto é da ordem do real, referindo-se a algo que ficava de fora na constituição de uma imagem corporal coerente. O interesse dele residia não diretamente naquilo que ficava de fora, mas na identidade surgida a partir da identificação da criança com sua imagem especular (Lacan, 1966). Kristeva, Grosz e Weiss, por sua vez, dirigem a atenção para o que não é incorporado no processo de transformação das diversas sensações corporais em uma imagem corporal unificada. O abjeto remete a alguma coisa da ordem da animalidade, da morte e da visceralidade, que escapa da inscrição simbólica, e que ameaça a estabilidade da imagem corporal ideal: carne, sangue, muco, fezes, urina,

suor, saliva, vômito e outros fluidos corporais. Partes de mim que devem ser expelidas, expulsas, para me inscrever na ordem simbólica. Essa inscrição cultural, que torna o corpo a entidade simbólica e discursiva do construtivismo social, passa necessariamente pela abjeção de sua dimensão carnal, pela rejeição carnal da corporeidade: o ‘pavor da carne’.¹³

O horror da carne de diversas teorias construtivistas, e também presente em diversos momentos na obra de Foucault, está ligado à visão extremamente negativa da biologia por parte das ciências sociais em geral. Essa dificuldade com a biologia leva à rejeição da materialidade corporal. O biológico aparece como uma construção social. Porém, “Existe um grande pulo”, escreve Susan Bordo (1998, p. 89), “entre reconhecer que a ciência da biologia está mediada por modelos conceituais historicamente localizados (uma admissão que acrescenta uma dimensão cultural ao que Kant argumentou) e reduzir o conceito de ‘biologia’ ao estatuto de ‘ficção’ ou ‘fantasia’. Se a biologia é uma ‘fantasia’, também o é qualquer outro modelo para compreender o corpo, inclusive o construtivismo e as teorias performativas”. Admitir a existência de estruturas conceituais historicamente localizadas na teoria da biologia não quer dizer, como argumenta Margareth Lock (1993), que existam apenas “biologias locais”, em relação dialética com as diferentes culturas, as quais influenciariam as construções culturais das representações profissionais e narrativas acerca de diversas doenças. A meu ver, encontramos aqui novamente a confusão entre idéia e objeto de Hacking. Uma coisa é a idéia da biologia, as diferentes teorias, olhares, instituições, instrumentos e práticas científicas e laboratoriais, os quais são, sem dúvida, histórica e culturalmente condicionados, outra coisa é o objeto, o ser vivo, a sua composição físico-química e genética, o que não é uma construção cultural. Por outro lado, o fato de que diferentes constantes fisiológicas tais como pressão arterial, batimento cardíaco, idade do aparecimento da menstruação, entre outras, diverjam em determinados contextos sócio-culturais e geográficos (esse é o argumento usado por Lock para defender a idéia de ‘biologias locais’) não implica que pressão arterial,

¹³ Butler dá um passo ainda mais à frente no seu pavor da carne, pois, para ela a materialidade como abjeto não é da ordem do Real, mas é construída discursivamente (Hekman, 1998).

batimento cardíaco e menstruação deixem de ser constantes biológicas. É nesse sentido que podemos falar de a “biologia”, e não das “biologias locais”, sem nos tornarmos, por isso, essencialistas. Gostaria, a seguir, de me deter por um momento na difícil relação das ciências sociais e da biologia.

O filósofo americano John Dewey publicou em 1910 um ensaio intitulado *The Influence of Darwinism on Philosophy*. Nesse texto fundamental, Dewey chamava a atenção para as implicações filosóficas da biologia darwiniana. A teoria da evolução representava um antídoto poderoso contra a metafísica tradicional, levando à revisão das concepções filosóficas de acordo com as demandas do darwinismo. A outra conseqüência era o recrudescimento das filosofias absolutistas e a separação do conhecimento científico do filosófico que doravante dominaria boa parte da epistemologia europeia durante o século XX, cujas conseqüências ainda reverberam na aversão ao biológico nas ciências sociais, especialmente nas variantes estruturalistas, discursivistas, construtivistas e desconstrutivistas. Se o pragmatismo americano e a filosofia analítica e da mente de matriz anglo-saxã buscaram uma aproximação da biologia, boa parte do pensamento europeu criou critérios de demarcação do conhecimento biológico e do sócio-anropológico, sem possibilidades de estabelecer uma ponte entre os dois.¹⁴ Frente ao mundo material e físico, a realidade crua, o ‘mundo da vida’ das ciências humanas europeias acentua as dimensões culturais e simbólicas da realidade, eclipsadas na focalização exclusiva na realidade físico-química das ciências naturais. A meu ver a visão que muitos dos autores das ciências sociais da tradição continental têm da biologia é extremamente reducionista, resultado do desconhecimento dos avanços da área. Um fato reconhecido pelas próprias teóricas feministas: “No trabalho feminista a determinação de refutar o reducionismo biológico teve o efeito de excluir totalmente o biológico de qualquer consideração”, escreve Elizabeth Wilson (*apud* Connolly, 2002, p. 203).

Como podemos aprender com a leitura de Humberto Maturana, Stephen Jay Gould e Richard Lewontin, entre outros,¹⁵ o conhecimento biológico não conduz

¹⁴ Uma bela introdução às diferentes correntes de *analíticos* e *continentais* é apresentada por D’Agostini (2002).

¹⁵ Lewontin, 1991; 2000; Maturana, 2002; Maturana e Varela, 2001.

inexoravelmente ao determinismo genético ou a visões reducionistas e explicações mecanicistas do humano. Muito pelo contrário. A vida aparece cada vez mais como uma instância capaz de fazer jus a conceitos tais como singularidade, complexidade, imprevisibilidade, criatividade, plasticidade, auto-organização e *autopoiesis*, tão caros aos teóricos pós-modernos e pós-estruturalistas (List, 1994; Atlan, 1979). A inovação mais importante da biologia contemporânea é a interdependência entre organismo e ambiente. O organismo define quais elementos do mundo externo constituem seu ambiente, sendo este último determinado, co-formado pela atividade do primeiro. Os indivíduos têm uma relação ativa com o meio, constroem seus ambientes. Lewontin (2000) propõe neste sentido substituir a metáfora da *adaptação*, que remete à passividade do indivíduo e à reação ao meio, pela da *construção*, que destaca a ação do indivíduo sobre o seu ambiente. O vínculo intencional com o meio é aceito por muitas correntes da biologia. Ao mesmo tempo, avanços em áreas diversas como a pesquisa biotecnológica, neurocientífica, dentre outras, levam a questionar velhas oposições tais como natureza-cultura, biológico-histórico, natural-artificial, sociedade-biologia, dualidades que constituem um empecilho para o conhecimento. A escolha entre ciências humanas e sociais e biologia, observa Benton

não precisa mais ser vista (...) como limitada por um lado a um reducionismo biológico intelectualmente imperialista e politicamente conservador, e pelo outro a um antropocentrismo idealista ou dualista. O estado da ciência biológica é fluido, *existem na biologia numerosas conceptualizações concorrentes, e há diversas alternativas bem articuladas para o materialismo reducionista disponível para uso filosófico na tentativa de re-pensar a relação biologia/sociedade* (Benton *apud* Williams e Bandelow, 1998, p. 17-18).

O corpo fenomenológico

O corpo fenomenológico não é, por outro lado, o corpo anatomofisiológico. A dimensão material da corporeidade não é reduzível ao corpo anatomofisiológico, isto é, ao conjunto das trocas metabólicas com o ambiente que têm como objetivo

a auto-regulação dos indivíduos e a continuidade da espécie (Costa, 2004). O corpo como discurso ou construção simbólica e o corpo anatomofisiológico são os dois extremos de um espectro. Não penso que ao criticar a posição construtivista da corporeidade tenhamos que necessariamente abraçar um modelo fisicalista e reducionista do corpo anatomofisiológico, que nega sua dimensão fenomenológica. Quando falo da dimensão material da corporeidade ofuscada pela tradição construtivista, estou pensando na fenomenologia corporal de Husserl, Merleau-Ponty, Erwin Strauss, Samuel Todes, Drew Leder, no pragmatismo de William James e John Dewey, na psicanálise winnicottiana, ou nas posições ecológicas de Gibson e Reed, entre outros, que enfatizam a participação do ambiente na constituição do eu corporal, afirmando a simultaneidade e congenialidade das experiências do eu e do mundo.¹⁶ Evidentemente existem diferenças importantes entre as diferentes tradições mencionadas, algumas decisivas. Os autores possuem *backgrounds* intelectuais heterogêneos e provêm de disciplinas diferentes. No entanto, para os objetivos deste texto e, correndo o risco de simplificação, gostaria de ressaltar um elemento comum a todas elas, qual seja, o vínculo intencional com o meio, a indissolubilidade do corpo e do ambiente. Acredito que esse vínculo constitutivo com o ambiente que caracteriza o corpo fenomenológico, ou corpo físico, impede sua redução ao corpo anatomofisiológico. Como meu interesse neste texto não é dissecar as diferentes vertentes e sim oferecer uma descrição da corporeidade que, na minha opinião, apresenta maiores vantagens epistemológicas e éticas que o construtivismo, uso para simplificar o termo 'corpo fenomenológico' no sentido mais vago e amplo possível, para me referir ao corpo das mencionadas tradições teóricas.¹⁷

¹⁶ Ver Costa, 2004; Bermudez, 1998; Butterworth, 1998; Campbell, 1998; MacLeod e Pick, Jr. 1974; Husserl, 1996; Merleau-Ponty, 1987; Dewey, 1929; Leder, 1990; Strauss, 1935; Todes, 2001; Winnicott; 1990, 1999, 2000.

¹⁷ O uso do termo fenomenológico tem simplesmente a função de simplificar os argumentos, não significando nenhum comprometimento com uma ou outra tradição fenomenológica. Neste livro, estou interessado nos elementos comuns dessas tradições e não nas peculiaridades de cada uma delas. Falo de corpo fenomenológico como poderia falar de corpo vivido, ou corpo físico. Costa (2004) desenvolve uma interessante crítica ao conceito fenomenológico de corpo vivido, optando - influenciado pelas perspectivas ecológicas - pelo conceito de corpo físico. Essa importante distinção não é pertinente para o objetivo desenvolvido neste texto, que é, repito, oferecer uma descrição da corporeidade humana, que é, a meu ver, mais adequada da que nos é fornecida pelo construtivismo social.

A tradição da fenomenologia da corporeidade usa os conceitos de *Körper* e *Leib* (comumente traduzidos por corpo vivo e corpo vivido), designando o primeiro, o objeto construído cientificamente e descrito de forma física ou fisicalista, e o segundo, a experiência corporal vivenciada. O uso desses termos poderia levar a pensar em um novo tipo de dualismo, desta vez corporal, e a acreditar em dois corpos diferentes. No entanto, trata-se do contrário, são duas dimensões do corpo vivido, que é também um corpo de carne e ossos, nervos, fibras, que pode ser descrito científica e objetivamente. É precisamente essa dimensão que é privilegiada na história da biomedicina ocidental ao falar do corpo, isto é, o corpo objetivo, mensurável, quantificável e fragmentado, que desde a revolução vesaliana do Renascimento acompanha a história das práticas anatômicas e das tecnologias de visualização médica, criando a ficção de um corpo natural (Duden, 1997). O fato dessa dimensão da corporeidade ter sido privilegiada por determinados discursos e práticas sociais e institucionais em determinados contextos sócio-históricos não quer dizer que exista uma cisão entre as duas dimensões constitutivas da corporeidade. Insistir neste aspecto é importante, pois me parece que em algumas versões de fenomenologia da corporeidade estabelece-se uma clivagem entre o corpo vivo e o corpo vivido, *Körper* e *Leib*, esquecendo que ambas são dimensões constitutivas de nossa corporeidade. O ofuscamento do corpo vivo (*Körper*) é decorrente de que o corpo vivido (*Leib*) seja usado freqüentemente como critério para denunciar a redução de nossas práticas sociais a uma relação instrumental com o corpo (*Körper*) (Schürmann, 2003).

Acredito que levar em conta a dimensão fenomenológica ou material da corporeidade traria uma série de ganhos para o pensamento construtivista, e, em especial, o de Foucault. No caso concreto do filósofo francês, permitiria, em primeiro lugar, superar o dualismo presente na sua obra; em segundo lugar, formular uma noção de ação consistente que superasse as aporias da genealogia do poder e permitisse articular a resistência, e, finalmente, explicar 'como' se exercem as relações de poder. Vejamos pormenorizadamente, a seguir, esses três aspetos interligados.

Foucault realiza na sua obra uma inversão do dualismo tradicional corpo-alma ou corpo-mente, privilegiando o corpo na formação do *self*. Porém, ele continua preso a um certo pensamento dualista, ao considerar o corpo como entidade separada da alma ou da mente. Concordo, portanto, com Axel Honneth (1989) quando afirma que Foucault não se interessaria por uma ‘psicologia histórica’, mas por uma ‘física histórica’ do disciplinamento corporal, segundo a qual o corpo humano não é compreendido, ao contrário do corpo fenomenológico, como uma unidade de processos físicos e psíquicos. A disciplina corporal não é, como no caso do *Processo civilizador* de Norbert Elias ou da *Dialética do esclarecimento* de Adorno e Horkheimer, um processo psicofísico de controle crescente do corpo e dos afetos. Ela é um processo físico de controle e monitoramento dos movimentos e posições corporais. A aversão foucaultiana à psicologia leva a abstração completa da dinâmica pulsional individual. Como resultado, a alma aparece sendo produzida no interior dos corpos pelo poder. Ou seja, a partir de dispositivos coercitivos externos ao sujeito se forma uma entidade mental, uma interioridade física, à qual se vincularia uma noção de alma humana. Essas “ambigüidades teóricas” constituem segundo Honneth (1990, p. 27), “sedimentos de noções estruturalistas”, pois o gesto construtivista do sujeito estruturalista – na qualidade de ficção produzida pela linguagem – possui seu correlato sociológico na idéia do corpo humano produzido pelos dispositivos de poder. O dualismo presente na posição construtivista da genealogia do poder continua ativo na última fase da obra do pensador francês. Ao falar do cuidado de si na cultura grega, faz-se referência à alma como “sujeito das ações corporais” (Foucault, 2001, p. 55). Trata-se de um modelo ascético fortemente dualista, no qual o espírito, a alma controla o corpo. Ocupar-se de si implica, primeiramente, uma relação da alma com o corpo.

Uma outra noção de corporeidade como a abordada neste texto permitiria, a meu ver, superar a visão dualista do corpo em Foucault e em diversas variantes do construtivismo. Vemos que nas tradições da fenomenologia da corporeidade, do pragmatismo de James, Dewey e Davidson, entre outros, das posições ecológicas e da psicanálise de Winnicott com a

noção de psique-soma, corpo e mente não são entidades ontológicas distintas; não existe uma clivagem entre o corporal e o mental (salvo em certas patologias), da mesma maneira como não existe nenhum lugar ou 'glândula pineal' real ou imaginária, onde o corpo e a mente se conectariam. Mental e físico não são entidades metafísicas distintas, mas manifestações do mesmo corpo em ambientes diferentes. Falamos pragmaticamente de físico e mental como uma ajuda operacional para realizar determinadas tarefas em ambientes diferentes. Sujeito e objeto, corpo e mente, pensamento e coisa, mental e físico, são distinções de caráter funcional, estabelecidas com fins práticos, e não divisões absolutas na experiência, como acontecia no dualismo clássico. Em poucas palavras, existe uma *diferença fenomênica* que nos permite distinguir objetos físicos de eventos mentais, que não deve ser confundida com a *diferença ontológica*, que considera o físico e o mental como duas entidades metafísicas independentes (Costa, 2004, Ortega, 2003).

Em segundo lugar, e como mostrei em outro momento (Ortega, 1999), a observação repetida por Foucault (e pelos foucaultianos) de que 'onde há poder, há sempre resistência', precisa de uma outra noção de corporeidade que permita explicar donde a resistência aflui, se queremos que a frase acima citada seja mais do que um *slogan* sem conteúdo. Pois, a ênfase de Foucault nos efeitos do poder sobre o corpo reduz os agentes sociais a corpos passivos e não permite descrever como os indivíduos agiriam de maneira autônoma. Apesar de falar em *A vontade de saber* (1976), de uma outra economia dos corpos e dos prazeres como a forma de resistência ao dispositivo da sexualidade e ao biopoder, o indivíduo não dispõe dos meios para utilizar o corpo e os prazeres de forma ativa contra um poder que o constitui. Isto é, o mesmo corpo construído passivamente pelo poder deve ser a origem ativa da resistência, o que é, sem dúvida, problemático. Foucault era consciente dessa dificuldade presente na sua analítica do poder. A reviravolta que seu pensamento efetuou na segunda metade dos anos 70 constitui, a meu ver, uma tentativa de formular uma alternativa para esse círculo vicioso. Ele não pode se referir ao mesmo corpo como objeto do poder - o corpo dócil e maleável do

construtivismo - quando pensa em outra economia do corpo e dos prazeres. Acredito que uma outra noção de corporeidade seja necessária. Existe uma contradição entre o corpo como produto do discurso e das relações de poder e como origem pré-discursiva de prazer e resistência, uma espécie de fonte inesgotável de prazer anterior aos seus efeitos sociais, como diversos comentadores reconhecem.¹⁸ Precisamente os construtivistas como Judith Butler (1990) criticaram esse aspecto da obra de Foucault que, ao invocar uma multiplicidade libidinal pré-discursiva que pressupõe uma sexualidade anterior à lei, abdicaria do modelo construtivista da corporeidade. O corpo não apenas como produto do discurso, mas como 'além' do discurso, não é o corpo do construtivismo. Trata-se de uma noção de corporeidade próxima do corpo fenomenológico como potencial de ação que ultrapassaria a sua dimensão discursiva/construtiva. O corpo fenomenológico pode funcionar como instância crítica da redução de nossas práticas a uma relação instrumental com ele, como aparece nas disciplinas. Nesse sentido, a posição de Foucault permanece ambígua, pois ao falar do indivíduo que se constitui como sujeito moral na Antiguidade, não podia ter em mente o mesmo corpo submisso e disciplinado que possibilitava a implantação de uma identidade na modernidade. Já não se trata de uma constituição passiva da subjetividade, mas de uma constituição ativa que compreende as noções de liberdade, autonomia e capacidade de agência e que, conseqüentemente, pressupõe outro tipo de corpo. O corpo das ascetes não pode ser a 'singularidade somática' das disciplinas. Como Foucault não tematiza esse corpo poderíamos pensar que se trata do corpo das disciplinas. Ora, o corpo disciplinado (uma construção social) pode dar origem às subjetividades modernas, aos indivíduos disciplinados e assujeitados descritos na genealogia do poder, mas não permite explicar a constituição ativa da subjetividade do mundo greco-romano, do qual muitos elementos serviriam para articular a resistência na contemporaneidade (Ortega, 2001). Parece que desse corpo, o filósofo não quer falar, apesar de estar ele pressuposto na noção ativa de subjetividade das estéticas da existência. O resultado é a mencionada

¹⁸ Ver, Turner, 2001; Williams e Bandelow, 1998; Dreyfus e Rabinow, 1983, Hoy, 1999.

radicalização das posições dualistas, como vemos, por exemplo, na noção de *chresis*, do ‘uso’ dos prazeres, na qual a alma age sobre o corpo, se serve dele, é o sujeito das ações corporais (Foucault, 1984a; 2001).

Existem, no entanto, na obra de Foucault momentos nos quais ele se aproxima do corpo fenomenológico. Ressaltemos em primeiro lugar as declarações do filósofo francês nas entrevistas concedidas no Japão. Nelas, ao ser mencionada a revalorização do corpo e das práticas corporais tais como práticas de *avant-garde* teatrais, artes marciais, entre outras, Foucault não fala dessa dimensão da corporeidade e se limita a repetir o dito em *Vigiar e punir* e em outros lugares sobre a construção social do corpo disciplinado. Em conversas em um mosteiro Zen, ele se refere de maneira holista e antidualista à meditação, capaz de estabelecer novas relações entre o corpo e o espírito e entre o corpo e o mundo. Permanece calado, porém, quando o mestre Omori fala do caráter universal dessas experiências de união do corpo e da mente e do corpo com o mundo exterior (1994, III, 585-587, p. 621-622). Também o uso importante da noção de experiência no final de sua obra (Ortega, 1999) mostra uma aproximação do corpo fenomenológico. O homem como ‘animal de experiência’ aponta para as diferentes maneiras como o corpo é vivido, experienciado. A história do corpo já não é mais a história dos discursos e sim das experiências, aproximando-se assim da ‘somatologia histórica’, que Duden (1997) propõe como metodologia para estudar a história do corpo. Da mesma forma, a descrição das práticas sexuais, do sadomasoquismo, entre outros, é feita em termos de novas maneiras de experienciar o corpo, que não é descrito discursivamente.

Corporeidade e ação

Um problema fundamental das diferentes variantes do construtivismo social reside na dificuldade de articular a capacidade de agência dos indivíduos. Ação é um termo que freqüentemente é evitado pelos construtivistas, que geralmente preferem usar o conceito de resistência. Tratar-se-ia então, para eles, antes de resistir ou de ‘re-agir’, do que

de 'agir'. O que está em jogo na escolha do vocabulário da resistência não é uma mera opção terminológica. Existem importantes implicações antropológicas nesta opção. Em poucas palavras, enquanto o vocabulário da ação remete à visão do ser humano definida pela ação criativa no ambiente, a terminologia construtivista da resistência refere-se a um indivíduo que reage passivamente às invasões do meio.¹⁹ O discurso construtivista permite, como vimos, dar conta do corpo apenas de forma passiva e instrumental, mas enfrenta dificuldades na hora de conceber relações não-instrumentais com ele. Lendo Foucault, temos amiúde a impressão de que estamos constantemente submetidos ao regime disciplinar, ou ao olhar do panóptico (apesar de afirmar que 'onde há poder, há resistência'). Não temos informação dos momentos de relaxamento desse controle, do funcionamento do equilíbrio instável entre a instrumentalização do corpo e as relações não instrumentais com ele, pois o corpo não está permanentemente instrumentalizado ou disciplinado. Daí a pertinente observação de Hans Joas (1996: 169) da necessidade de dar conta não apenas "da emergência do controle do corpo, mas também do desenvolvimento das habilidades de atenuar o controle, isto é, das reduções intencionais à instrumentalização do corpo". Para tanto, é preciso uma noção de corporeidade que ultrapasse sua mera construção sócio-discursiva e que leve em conta a dinâmica própria dos processos corporais e os limites da construção. Em termos sociológicos, poderíamos dizer que no construtivismo a tensão entre ação e estrutura é resolvida em favor dos elementos estruturais, ao focalizar no que a sociedade faz 'ao' e 'com' o corpo, negligenciando as maneiras pelas quais o corpo pode ser entendido como a base da ação e da experiência (Howson e Inglis, 2001). Invocar o corpo fenomenológico representa um deslocamento dos elementos estruturais para as maneiras como o corpo é vivido e experienciado e para um engajamento prático com o mundo. Trata-se de dar ênfase no corpo, à localização física de que falamos, conhecemos e agimos. Privilegiar o corpo fenomenológico é privilegiar o corpo que

¹⁹ Para um desenvolvimento dessa idéia, ver Ortega (2003). Sobre a história dos conceitos de ação e reação e a primazia do termo 'reação' da física e da química até a psiquiatria e a política, ver o excelente livro de Starobinski (2001).

age; ele é fundamental para a ação. Toda ação é, em primeiro lugar, uma ação corporal. Nisso coincidem as diferentes correntes de pensamento sobre o corpo, agrupadas na rubrica de corpo fenomenológico.

Insistir nas maneiras pelas quais o corpo é vivido e experienciado impede uma tendência a essencializar a experiência vivida. Acredito que uma das razões de Foucault ter se afastado da fenomenologia era a possível essencialização da experiência vivida. Uma leitura apressada da tradição fenomenológica poderia dar essa impressão com a ênfase nas estruturas corporais invariantes que norteiam nossa experiência. No entanto, a própria noção de experiência na tradição fenomenológica e pragmática não corresponde à maneira como foi tratada historicamente pela filosofia da consciência. Já em 1917, John Dewey aborda a experiência de maneira relacional e não de forma subjetivista e racionalista, superando a dicotomia sujeito-objeto. A experiência representa uma interação do ser vivo com o seu ambiente físico e social. Ela não é um evento subjetivo ou mental, não se trata da experiência de um 'sujeito', pois o mundo objetivo penetra nas ações e sofrimentos dos indivíduos, modificando-se mediante as suas respostas (Dewey, 1917). Na tradição do pragmatismo, da fenomenologia e das concepções ecológicas encontramos, como vimos, uma simultaneidade e congenialidade das experiências do eu e do mundo, o que impede de essencializar a experiência vivida. Apesar de existirem invariantes estruturais e antropológicas da corporeidade humana, a não-separação do corpo e do ambiente afirma a importância do meio social, cultural e histórico na experiência humana.

Focalizar a agência do sujeito não significa, por outro lado, obliterar os elementos estruturais, isto é, o que a sociedade faz 'ao' e 'com' o corpo. Para a fenomenologia, a estrutura existe na medida em que os agentes exercem um papel nela, na medida em que seus princípios, suas habilidades e disposições básicas para seu desempenho são transmitidos historicamente de geração em geração (Crossley, 2001, p. 78). Para Merleau-Ponty (1987), essas disposições básicas enraízam-se na forma de hábitos no esquema corporal. A sociedade molda os indivíduos, mas ao mesmo tempo depende

completamente das ações e disposições deles. Nesse sentido, a noção de *habitus* de Bourdieu articula o corpo e a sociedade, a agência e a estrutura por serem ambos, uma estrutura estruturada e estruturante. Ou seja, o *habitus* se forma no envolvimento do agente num domínio prático já estruturado, e uma vez formado funciona como princípio que gera e organiza novas práticas (Bourdieu, 1980, p. 2000). Merleau-Ponty, por sua vez, concebe uma relação dialética entre a ação e o hábito: nossas ações presentes são moldadas por hábitos, porque nossas ações passadas deram lugar a esses hábitos, e as ações presentes podem dar lugar a novos hábitos que moldarão as ações futuras.²⁰ Existe uma influência recíproca entre ação e estrutura. Por outro lado, a ênfase na ação não significa invocar um voluntarismo extremo ou um sujeito racional. A ação corporal se encontra além das antinomias do livre arbítrio e do determinismo, da agência consciente ou inconsciente. Não se trata de um sujeito racional e a representação consciente não captura essa forma de conhecimento e de ação prática. Aproxima-se assim, como veremos, da ‘intencionalidade sem sujeito’, invocada por Foucault na descrição das relações de poder.

Corpo e poder

Finalmente, o corpo fenomenológico pode dar conta da maneira como as relações de poder são exercidas. Vale lembrar que em um texto programático de 1982, *The subject and power*, Foucault sublinha que o que lhe interessa nas relações de poder é ‘como’ o poder é exercido, “como isso acontece?”, e não “quem” ou “por que” o executa (1994, IV, p. 232-3). Vejamos este aspecto fundamental pormenorizadamente.

Em primeiro lugar gostaria de salientar que as diferentes versões da fenomenologia da corporeidade e das concepções ecológicas pressupõem a existência de invariantes

²⁰Entre os autores que tentam colocar o corpo no centro da teoria sociológica há um debate entre os que vêem um déficit estrutural na teoria da ação corporal de Merleau-Ponty, o qual seria compensado com a teoria do *habitus* de Bourdieu, e os que encontram um déficit da agência na teoria do *habitus* de Bourdieu, o qual seria compensado com a análise fenomenológica do hábito em Merleau-Ponty. Ver Crossley, 2001; Howson e Inglis, 2001. Não pretendo me posicionar neste debate, pois ultrapassaria o objetivo e os limites deste texto. Como é o caso de outros autores citados neste trabalho, agrupados na rubrica da corporeidade fenomenológica, refiro-me de maneira livre à teoria de Bourdieu e de Merleau-Ponty buscando os pontos de convergência e não salientando as diferenças.

corporais; ou seja, de uma 'antropologia mínima'. Fazem parte da antropologia mínima entre outros, a posição ereta, a assimetria frente/dorso do corpo, a tendência recessiva da visceralidade e mesmo a relação indivíduo-ambiente. Todos eles constituem o invariante em torno do qual as variações históricas e culturais se aplicam. Admitir a existência desses invariantes não implica assumir posições fundacionalistas ou essencialistas, como um julgamento apressado poderia concluir. Trata-se sempre de antropologias e ontologias provisórias. As mais recentes inovações nos campos de engenharia genética, próteses, nanotecnologia, robótica, entre outros, podem colocar em xeque vários dos invariantes que estamos considerando. Está no campo do possível e imaginável em um futuro não tão longínquo que esses invariantes sejam alterados. Essas modificações constituirão, no entanto, novos invariantes em torno dos quais novas variações culturais serão testadas. Para poder falar de variação precisamos sempre de um invariante, em referência ao qual a variação aparece como tal. A não-variabilidade do corpo humano deve ser pressuposta para poder avaliar se alguma variação acontece. Um exemplo interessante, que manifesta o caráter não essencialista dos invariantes corporais, é constituído pelo que Leder (1990) denomina de formas de 'des-aparecimento' social do corpo. É constitutivo que diferentes dimensões da corporeidade humana tornem-se presentes ou ausentes na medida em que são importantes para a ação corporal. Nesse sentido, por exemplo, o interior do corpo permanece geralmente ausente, exibindo uma tendência recessiva. Des-aparecimento para Leder significa um aparecimento doentio ou disfuncional de funções somáticas. Des-aparecimento social refere-se à construção social da consciência do corpo, podendo conduzir à disfunção biológica (isto é, ao desvio da norma corporal ideal), como no caso de distúrbios alimentares. Analogamente, disfunções biológicas e deficiências físicas amiúde provocam des-aparecimento social. Leder (1990, p. 99) conclui que o corpo é "ao mesmo tempo um organismo biológico, um fundamento para a identidade pessoal e uma construção social". Acredito que esta seja uma forma plausível de falar de invariantes corporais de maneira não essencialista ou anti-fundacionalista.

Em relação a Foucault, não me parece que o filósofo tivesse alguma objeção concreta a existência dessas estruturas corporais. Tanto Dreyfus e Rabinow como Hoy²¹ comentam que, provavelmente, ele acharia a universalidade desses invariantes muito fraca para servir de base a críticas concretas e resistências específicas ou para dar conta da especificidade histórica das técnicas corporais. Admitir, por exemplo, a dor ou o prazer (este último mais próximo da obra de Foucault) como um invariante corporal seria menos interessante que analisar as maneiras como as diferentes culturas interpretaram historicamente a experiência da dor ou do prazer. Contudo, considerar esses invariantes corporais pode elucidar ‘como’ o poder é exercido. Fatos acerca do corpo tais como a mencionada posição ereta, vertical de nosso corpo (que deve ser permanentemente preservada no campo gravitacional terrestre), e a assimetria entre os movimentos orientados para frente e para trás são características formadoras de nossa experiência. Essa assimetria natural é constitutiva do campo espaço-temporal, especialmente de seu eixo temporal. Ela é responsável pelo fato de que as ações orientadas para trás sejam geralmente desajeitadas e menos efetivas que as orientadas para frente (Todes, 2001). O conhecimento dessas estruturas corporais deve ter sido relevante para os construtores dos diferentes dispositivos disciplinares, como observam Dreyfus e Rabinow (1983), e é sem dúvida importante para a própria teoria foucaultiana, que indaga acerca das diversas manipulações e operações que o poder executa no corpo humano. Nesse sentido, por exemplo, Crary (1992) salienta como a fisiologia européia realizou na primeira metade do século XIX um inventário exaustivo do corpo humano, de suas funções e constantes, que servisse de base para a produção de indivíduos que se adaptassem aos requerimentos produtivos da modernidade. Os fisiologistas envolveram-se cada vez mais com a determinação de leis biológicas e relações causais. A fisiologia deixou de ser uma atividade primariamente descritiva e vivisseccionista para tornar-se uma ciência experimental quantitativa, sendo considerada o paradigma do método experimental nas ciências

21 Dreyfus e Rabinow (1983, p. 111-112); Hoy, (1999, p. 6-7).

da vida. Ela teve uma importância no desenvolvimento do biopoder no século XIX e desempenhou um papel decisivo como discurso de normalização e disciplinamento.²² O conhecimento das mencionadas estruturas corporais sem dúvida foi crucial nessa empreitada.

Apesar de a universalidade dos invariantes corporais poder parecer fraca como base para críticas e resistências - como Foucault provavelmente pensaria -, existe uma riqueza nesses invariantes que merece ser melhor explorada. Tomo o exemplo do filósofo Mark Johnson e do lingüista George Lakoff, que, numa série de publicações instigantes,²³ exploraram a maneira como experiências corporais básicas tais como equilíbrio, força, fraqueza, controle de processos fisiológicos e auto-regulação constituem metáforas básicas para a interpretação do mundo e o entendimento entre os indivíduos. Esquemas básicos de orientação corporal representam estruturas de sentido pré-conceituais que formam a base para níveis mais abstratos de orientação conceitual. Os autores destacam o suporte corporal das metáforas conceituais, segundo o qual significados baseados no corpo persistem na compreensão de conceitos de abstração maior. O título de um dos livros de Lakoff e Johnson, *Metaphors we live by* (*Metáforas pelas quais vivemos*) é muito elucidativo, pois nossa corporeidade nos fornece as metáforas básicas que estruturam nossa racionalidade e emocionalidade, auxiliando-nos no nosso ser-no-mundo. “Conceitualizamos e raciocinamos da maneira que fazemos”, escreve Johnson (1999, p. 99), “devido aos corpos que temos, aos tipos de ambientes que habitamos, e aos sistemas simbólicos que herdamos, os quais, por sua vez, são fundados na nossa corporificação”. Por exemplo, as metáforas que se encontram na base de nossa compreensão da experiência moral, tais como força moral, honradez, escuridão/luz, obediência, disciplina, crescimento, entre outras, surgem a partir de estruturas corporais. Assim, embora pareça uma constatação banal, o conceito de força moral baseia-se no deslocamento da idéia de força física para o domínio do razoamento moral e da vontade; de maneira semelhante, a

22 Ver a fascinante coletânea organizada por Sarasin e Tanner (1998) sobre fisiologia e sociedade industrial.

23 Lakoff, George (1990); Johnson, Mark (1987, p. 1999); Lakoff, George e Johnson, Mark (1980, p. 1999).

sensação corporal da escuridão desempenha um importante papel na relação que comumente estabelecemos entre escuridão e mal ou imoralidade. Analogamente, nossas concepções de mente, memória, conhecimento e razão são definidas mediante metáforas corporais. Importar essas considerações para o pensamento foucaultiano permitiria, ao meu ver, uma leitura mais plausível de afirmações do filósofo francês tais como a que a ‘alma’ é produzida no interior do corpo pelos dispositivos disciplinares. Se as dimensões morais e cognitivas da vida mental podem ser compreendidas a partir de fenômenos corporais, não seria errado afirmar que diferentes regimes corporais ‘produzem’ uma determinada vida mental (a ‘alma’ foucaultiana).

Por outro lado, ao considerarmos a linguagem como uma atividade encarnada, na esteira de Lakoff e Johnson e da fenomenologia, fugimos à objeção padrão feita pelos construtivistas às posições fenomenológicas, qual seja, todo acesso à experiência é mediado pela linguagem, portanto, apenas podemos estudar a linguagem, o discurso ou a representação (Csordas, 2001). Somente se adotarmos uma teoria representacionalista da linguagem, que opõe a linguagem à experiência, ao corpo ou à realidade, será possível qualquer acesso ao corpo mediado pelo filtro discursivo. Se assumirmos que a linguagem é uma atividade encarnada e uma abertura para o mundo, corpo e linguagem não aparecem como opostos. A fala sobre o corpo já surge a partir das estruturas corporais, ela já é encarnada. A linguagem não fabrica o corpo, antes o corpo molda a linguagem e as estruturas racionais que usamos para compreender o mundo.²⁴

A afirmação de Foucault de que “as relações de poder podem penetrar materialmente na própria espessura dos corpos sem ter que ser substituídas pela representação dos sujeitos” (1994, III, p. 231), constitui um outro exemplo

²⁴ Num sentido próximo argumenta a filósofa Elisabeth List quando observa que “a tematização filosófica do conceito de corpo (*Leib*), como o ‘campo pré-conceitual dos fenômenos’ (Merleau-Ponty), parece ser confrontada com um paradoxo: No meio do discurso teórico o corpo aparece sempre como já interpretado ‘conceitual’, teórica, ou seja, culturalmente. Como o que ele é representado intuitivamente: como o centro da vitalidade e da espontaneidade *prévio* ao discurso e à reflexão escapa por definição a qualquer tentativa de determinação conceitual. Porém, o paradoxo de como *pensar* um corpo dado de antemão em todo pensamento desaparece assim que abdicamos da velha idéia filosófica do pensamento puro como dissociado categorial e dicotomicamente de toda forma de vivência e maneira de experiência concreta. O fantasma do pensamento puro é a herança de uma cultura da reflexão, cujo objetivo último era fugir das contingências da vida” (LIST, 1994, p. 13).

importante da maneira como o corpo fenomenológico pode dar conta do exercício das relações de poder. O que ele está querendo dizer é que as relações de poder penetram o corpo sem terem sido interiorizadas de maneira consciente ou racional. Trata-se de uma intencionalidade sem sujeito, como Foucault e os foucaultianos gostam de ressaltar. Porém, ao lermos os textos do pensador francês não sabemos o que significa a idéia de que as relações de poder são intencionais e não subjetivas e que se introduzem inconscientemente no corpo. De novo, o corpo fenomenológico pode ser esclarecedor desse ponto, pois a intencionalidade corporal ou física da fenomenologia descreve adequadamente, a meu ver, o que Foucault tem em mente. O termo intencionalidade corporal ou motora salienta o fato de o corpo poder produzir ações significativas visando à adaptação criativa ao ambiente. Tal como é abordada na tradição da fenomenologia da corporeidade de Merleau-Ponty e de outros, no pragmatismo de Dewey e na sociologia de Bourdieu - salvando as diferenças existentes entre eles e as diversas terminologias adotadas: esquema corporal, hábito (ou *habitus*), responsividade, entre outros²⁵ – a intencionalidade corporal ou motora remete a um conhecimento e a uma ação prática e corporal, irredutíveis à dimensão de representação consciente ou de ação racional. Ela permite dar conta das ações, sem recorrer ao vocabulário racionalista ou voluntarista de razões e decisões. É um conhecer sem conhecimento, uma compreensão pré-reflexiva do corpo em relação ao ambiente que possibilita nos movimentarmos e utilizarmos o espaço circundante sem ter que pensar primeiro em como fazê-lo. Digitar no computador ou dirigir um carro constituem exemplos ilustrativos deste conhecimento prático e encarnado. Ao digitar ou dirigir um carro não preciso pensar nas teclas ou nos pedais, da mesma maneira como não posso oferecer uma narração refletida da

25 Merleau Ponty, 1987; Bourdieu, 1980, 2000; Dewey, 1957; Todes, 2001. É meu interesse ressaltar os elementos comuns das diferentes tradições de pensamento voltadas para a intencionalidade corporal. Por razões de espaço não posso me deter nas diferentes elaborações dos conceitos nos diferentes autores mencionados. Gallagher, por exemplo, salienta em uma série de trabalhos a necessidade de estabelecer uma distinção mais nítida entre o conceito de imagem e de esquema corporal, os quais são confundidos por alguns autores. Ver Gallagher (1986a, 1986b, 2001). Costa (2004), por sua vez, propõe também uma revisão crítica dos conceitos de esquema e imagem corporal para superar o automatismo com o qual alguns autores tratam o conceito de esquema corporal, dificultando a apreensão da intencionalidade da corporeidade física. A noção de 'responsividade' é usada por Samuel Todes (2001) para se referir à intencionalidade corporal.

disposição das teclas ou dos instrumentos do carro. A noção de hábito e de esquema corporal encontra-se além das antinomias de vontade livre e determinismo, agência consciente e inconsciente, e até de indivíduo e sociedade (Hoy, 1999; Crossley, 2001). Para Bourdieu (2000, p. 477), “os esquemas do *habitus*, formas de classificação originárias, devem sua eficácia própria ao fato de que funcionam além da consciência e do discurso, logo fora das influências do exame e do controle voluntário”. São ações intencionais e não subjetivas, no sentido visado por Foucault. Ao agir o sujeito não reflete sobre a sua ação. Toda forma de ação tem como base a ação corporal pré-reflexiva ou pré-consciente.

Acredito ter mostrado neste texto as vantagens de defender uma posição que considere a dimensão encarnada e material da corporeidade frente a posições construtivistas, especialmente no pensamento de Foucault. Priorizar essa posição não nos torna essencialistas ou fundacionalistas nem politicamente reacionários.

Referências

ANDRIEU, Bernard. Corps. In: LECLERCQ, Stéfán (Org.). *Abécédaire de Michel Foucault*. Paris, 2004. p. 27-29.

ATLAN, Henri. *Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant*, Paris: Éditions du Seuil. 1979.

BERMÚDEZ, Jose Luis. Ecológica perception and the notion of a nonconceptual point of view. In: BERMÚDEZ, José Luis; MARCEL, Anthony; EILAN, Naomi (Orgs.) *The body and the self*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, p. 156-173. 1998.

BORDO, Susan. Bringing body to theory. In: WELTON, Donn (Org.) *Body and Flesh. A Philosophical Reader*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers, 1998. p. 84-97.

BOURDIEU, Pierre. *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit. 1980.

BOURDIEU, Pierre. *La distinction. criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus. 2000.

BUTLER, Judith. *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge. 1990.

BUTLER, Judith. *Bodies that matter: on the discursive limits of 'sex'*. New York: Routledge. 1993.

BUTTERWORTH, George. An ecological perspective on the origins of self. In: BERMÚDEZ, José Luis; MARCEL, Anthony; EILAN, Naomi (Orgs.) *The body and the self*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, p. 87-105. 1998.

BYNUM, Caroline. Why all the fuss about the body? A medievalist's perspective. *Critical Inquiry*, v.22, p. 1-33. 1995.

CAMPBELL, John. The body-image and self-consciousness, In BERMÚDEZ, José Luis; MARCEL, Anthony; EILAN, Naomi (Orgs.) *The body and the self*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1998. p. 29-42.

COHEN, Richard. Merleau-Ponty, the flesh and Foucault. *Philosophy Today*, p. 329-338. 1984.

CONNOLLY, William E. *Neuropolitics: thinking, culture, speed*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press. 2002.

COSTA, Jurandir Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond. 2004

CRARY, Jonathan. *Techniques of the observer: on vision and modernity in the nineteenth century*, London/Cambridge: MIT Press. 1992.

CROSSLEY, Nick. *The social body: habit, identity and desire*. London: Sage. 2001.

CSORDAS, Thomas J. Introduction: the body as representation and being-in-the-world. In: CSORDAS, Thomas J. (Org.) *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 1-24.

- D'AGOSTINI, Franca. *Analíticos e continentais: guia à filosofia dos últimos trinta anos*. São Leopoldo: Editora Unisinos. 2002.
- DEWEY, John [1910]. The influence of darwinism on philosophy. In: McDERMOTT, John (Org.) *The philosophy of John Dewey*. Chicago: The University of Chicago Press. 1981. p. 31-41.
- DEWEY, John [1917]. The need for a recovery of philosophy. In: McDERMOTT, John (Org.) *The philosophy of John Dewey*. Chicago: The University of Chicago Press. 1981. p. 58-97.
- DEWEY, John [1929]. *Experience and nature*. Illinois: Open Court, 1989.
- DEWEY, John. *Human nature and conduct: an introduction to social psychology*. New York: The modern Library. 1957.
- DREYFUS, Hubert L; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press. 1983.
- DUDEN, Barbara. Die Frau ohne Unterleib: Zu Judith Butler Entkörperung, *Feministische Studien*, v. 2, p. 24-33. 1993.
- DUDEN, Barbara. *The Woman beneath the skin: a doctor's patients in eighteenth-century germany*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- FEHER, Michel (Orgs.). *Fragments for a history of the human body*. 3 Vol., New York: Zone Books, 1989.
- FOUCAULT, Michel. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard. 1976.
- FOUCAULT, Michel. *L' Usage des plaisirs*. Paris: Gallimard. 1984.
- FOUCAULT, Michel. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard. 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard. 1991.

- FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. 4 volumes, Paris: Gallimard. 1994.
- FOUCAULT, Michel. *L'Herméneutique du sujet: cours au Collège de France 1981-1982*. Paris: Gallimard. 2001.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2003.
- GALLAGHER, Shaun. Lived Body and Environment. *Research in Phenomenology*, v. XVI, 1986a. p. 139-166.
- GALLAGHER, Shaun. Body image and body schema: a conceptual clarification. *The Journal of Mind and Behavior*, v. 7, n. 4, p. 541-554. 1986b.
- GALLAGHER, Shaun. Dimensions of embodiment: body image and body schema in medical contexts. In: TOOMBS, S. Kay (Org.) *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, 2001. p. 147-175.
- HACKING, Ian. *The social construction of what?* Cambridge/Mass/London: Harvard University Press. 1999.
- HEKMAN, Susan. Material bodies, In: WELTON, Donn (Org.) *Body and flesh: a philosophical reader*. Malden: Blackwell Publishers, 1998. p. 61-70.
- HONNETH, Axel. *Kritik der macht: reflexionstufen einer kritischen gesellschaftstheorie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 1989.
- HONNETH, Axel. Zur philosophisch-soziologischen diskussion um Michel Foucault. In: ERDMANN, Eva; FORST, Rainer; HONNETH, Axel (Orgs.) *Ethos der moderne. Foucaults kritik der Aufklärung*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. 1990.
- HOY, David Couzens. Critical Resistance: Foucault and Bourdieu. In: WEISS, Gail; HABER, Honi Fern (Orgs.) *Perspectives on embodiment: the Intersections of nature and culture*. London/New York, Routledge, 1999. p. 3-21.

HOWSON, Alexandra; INGLIS, David. The body in sociology: tensions inside and outside sociological thought. *The Editorial Board of the Sociological Review*, p. 297-317. 2001.

HUSSERL, Edmund. *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures, Livre second: Recherches phénoménologiques pour la constitution*, Paris: PUF. 1996.

JOAS, Hans. *The creativity of action*. Chicago: The University of Chicago Press. 1996.

JOHNSON, Mark. *The body in the mind: the bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: University Of Chicago Press. 1987.

JOHNSON, Mark. Embodied reason. In: WEISS, Gail; HABER, Honi Fern (Orgs.) *Perspectives on embodiment: the intersections of nature and culture*. London/New York: Routledge, 1999. p. 81-102.

LACAN, Jacques. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, *Écrits I*, Paris: Éditions du Seuil, 1966. p. 89-97.

LAKOFF, George. *Women, fire, and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago/London: The University of Chicago Press. 1990.

LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. *Metaphors we live by*. Chicago: Chicago University Press. 1980.

LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to western thought*. New York: HarperCollins Publishers. 1999.

LANDWEER, Hilge. Konstruktion und begrenzte Verfügbarkeit des Körpers. In: BARKHAUS, Annette; FLEIG, Anne (Orgs.) *Grenzverläufe. Der Körper als Schnitt-Stelle*. München: Verlag, 2002. p. 47-64.

LATOUR, Bruno. The Promises of constructivism. Disponível em: <<http://www.ensmp.fr/~latour/articles/article/087.html>>. 2002.

- LEDER, Drew. *The absent body*. Chicago/London: The University of Chicago Press. 1990.
- LEVIN, David Michael. *Modernity and the hegemony of vision*. Berkeley/London: University of California Press. 1993.
- LEWONTIN, Richard. *Biology as ideology: the doctrine of DNA*. New York: HarperCollins. 1991.
- LEWONTIN, Richard. *The triple helix: gene, organism, and environment*. Cambridge: Harvard University Press. 2000.
- LIST, Elisabeth. Wissende Körper – Wissenskörper – Maschinenkörper. Zur Semiotik der Leiblichkeit. *Die Philosophin. Forum für feministische Theorie und Philosophie*, v. 10, 1994. p. 9-26.
- LOCK, Margareth. Cultivating the body: anthropology and epistemology of bodily practices and knowledge. *Annual Review of Anthropology*, v. 22, 1993. p. 133-155.
- LORENZ, Maren. *Leibhaftige Vergangenheit: Einführung in die Körpergeschichte*. Tübingen: Edition Discord. 2000.
- MACLEOD, Robert B.; PICK JR., Herbert (Orgs.). *Perception: essays in honor of James J. Gibson*. Ithaca/London: Cornell University Press. 1974.
- MARTIN, Jane Roland. Methodological essentialism, false difference, and other dangerous traps. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, v. 19, n. 3, 1994. p. 630-657.
- MATURANA, Humberto. *A ontologia da realidade*. 7. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2002.
- MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. 2. ed. São Paulo: Palas Athenas. 2001.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard. 1987.
- ORTEGA, Francisco. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal. 1999.

ORTEGA, Francisco. Michel Foucault: Os sentidos da subjetividade, In: BEZERRA JR., Benilton; PLASTINO, Carlos (Orgs.) *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2001. p. 157-172.

ORTEGA, Francisco. Self e continuidade: entre Winnicott e William James. Artigo inédito. 2003.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 9-20. 2004.

OUTRAM, Dorinda. *The body and the french revolution. sex, class and political culture*. New Haven/London: Yale University Press. 1989.

PORTER, Roy. História do corpo, In: BURKE, Peter (Org.) *A escrita da história. novas perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp, 1992. p. 291- 326.

RHEINBERGER, Hans-Jörg. *Experimentalsysteme und epistemische Dinge. Eine Geschichte der Proteinsynthese im Reagenzglas*. Göttingen: Wallstein Verlag. 2001.

SARASIN, Philipp. Mapping the body. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und 'Erfahrung', *Historische Anthropologie*, v. 7, n. 3, p. 437-451. 1999.

SARASIN, Philipp; TANNER, Jakob (Orgs.) *Physiologie und industrielle Gesellschaften. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 1998.

SCHÜRMAN, Volker. Die Bedeutung der Körper. Literatur zur Körper-Debatte – eine Auswahl in systematischer Absicht. *Allgemeine Zeitschrift für Philosophie*, v. 28, n. 1, p. 51-69. 2003.

STAROBINSKI, Jean. *Acción y reacción: vida e aventuras de una pareja*. Mexico: D.F., Fondo de Cultura Económica. 2001.

STOFF, Heiko. Diskurse und Erfahrungen. Ein Rückblick auf die Körpergeschichte der neunziger Jahre. *Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts*, v. 14, n. 2, p. 142-160. 1999.

STRAUSS, Erwin [1935]. *Du sens des sens – contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble: Éditions Jérôme Million, 2000.

TAMBORINO, John. *The corporeal turn: passion, necessity, politics*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

TAYLOR, Charles. Embodied agency. In: PIETERSMA, Henry (Org.) *Merleau-Ponty: critical essays*. Washington: University Press of America, 1989. p. 1-21.

TODES, Samuel. *Body and world*. Cambridge: The MIT Press. 2001.

TURNER, Terence. Bodies and anti-bodies: flesh and fetish in contemporary social theory. In: CSORDAS, Thomas J. (Org.) *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 27-47.

WEISS, Gail. The abject borders of the body image. In: WEISS, Gail; HABER, Honi Fern (Orgs.) *Perspectives on embodiment. the intersections of nature and culture*. London/ New York: Routledge, 1999a. p. 41-59.

WEISS, Gail. *Body images: embodiment as intercorporeality*. New York/London: Routledge, 1999b.

WILLIAMS, Simon J.; BANDELOW, Gillian. *The lived body: sociological themes, embodied issues*. London/New York: Routledge. 1998.

WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990.

WINNICOTT, D.W. *Playing and reality*. New York, Routledge. 1999.

WINNICOTT, D.W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

DEIXAR DE COMER E/OU FAZER EXERCÍCIO? JUVENTUDE, CUIDADOS CORPORAIS E 'DISTÚRBIOS' ALIMENTARES NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

José Geraldo Soares Damico
Dagmar Estermann Meyer

O sistema médico cria incessantemente novas necessidades terapêuticas. Mas quanto maior a oferta de saúde, mais as pessoas crêem que têm problemas, necessidades, doenças. Elas exigem que o progresso supere a velhice, a dor e a morte. Isso equivale à própria negação da condição humana.

Ivan Illich

Introdução

Este artigo é parte de uma dissertação em que discutimos alguns dos modos pelos quais jovens mulheres significam, apre(e)ndem e vivenciam, contemporaneamente, o cuidado com o corpo¹. Tomando como referência os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais, especificamente aquelas vertentes que têm proposto uma aproximação crítica com a perspectiva pós-estruturalista de Michel Foucault, examinamos 'textos' que resultaram de discussões realizadas com 18 jovens entre 13 e 15 anos, alunas da 8ª série do ensino fundamental e do 1º ano do ensino médio do Colégio de Aplicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP/UFRGS). Essas discussões foram conduzidas em seis reuniões de dois grupos focais realizadas em 2004, as quais foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. As falas das jovens foram exploradas tomando como base os conceitos de cultura, discurso, gênero e poder, com o propósito de problematizar

¹ Dissertação de mestrado de José Damico, intitulada "Quantas calorias eu preciso [gastar] para emagrecer com saúde?" Como mulheres jovens aprendem estratégias para cuidar do corpo. Orientada por Dagmar Estermann Meyer e co-orientada por Dora L. de Oliveira, no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Linha de Pesquisa Educação, sexualidade e relações de gênero. Defesa pública realizada em janeiro de 2005.

os diferentes modos pelos quais o cuidado com o corpo é significado, apre(e)ndido e vivido nesse contexto.

Neste artigo focalizamos, de forma mais pontual, um movimento em que muitas mulheres e mulheres jovens passaram a se conhecer e ser re-conhecidas como protagonistas de condutas que poderiam posicioná-las, de acordo com o discurso biomédico, como portadoras de anorexia nervosa. Buscamos re-significar os cuidados com o corpo como uma estratégia intimamente implicada na produção de corpos genereficados na contemporaneidade. Argumentamos que o corpo, já tematizado como território de inscrição de identidades, passa a funcionar como operador de sistemas de classificação e hierarquização social, na medida em que atributos como a forma física e a aparência que ela revela são elevados a critérios que posicionam e valoram, diferentemente, estilos de vida e sujeitos na cultura contemporânea.

Vejam: desde a década de 1980, a mídia vem trazendo notícias de que alguma celebridade está doente ou faleceu vítima de anorexia e bulimia. Lembremos de Karen Carpenter, Lady Di, Kate Moss e da *Big Brother* Leca. Atualmente, são divulgadas notícias, quase que semanalmente, sobre o drama de mulheres jovens que sofrem com essas doenças em pelo menos um dos veículos da grande imprensa. A maior novidade, no entanto, têm sido as notícias sobre os sites “pró-anorexia” na Internet, ou “pró-Ana”, como as criadoras dos sites os chamam. Eles trazem fotos de modelos famosas e fotos de adolescentes anônimas esqueléticas que conquistaram a magreza “ideal”, dicas de beleza e vestuário, histórias de vida, conselhos de especialistas, cartas com relatos das pessoas que aderiram à causa e receitas de regimes de emagrecimento. Com isso, os sites pró-anorexia têm tornado visível uma das faces mais impressionantes da atualidade, ou seja, o corpo como um *lócus* em que se pode exercer a liberdade para transformá-lo e, fundamentalmente, controlá-lo, caso das jovens que, nas fotos, praticamente exibem só pele e ossos.

Numa cultura que reconhece as pessoas a partir daquilo que elas possuem e daquilo que elas conseguem acessar, ter um corpo e suas “senhas” de acesso, representa uma riqueza invejável. Por isso, é preciso ostentar isto que se

tem, frisar a posse, para si e para os outros. É preciso acreditar que o corpo que “se tem” é de fato totalmente possuído por seu proprietário, completamente disponível diante de suas vontades e sonhos (Sant’anna, 2001, p.19).

A maioria das jovens tidas como anoréxicas teriam como características comuns, segundo a bibliografia especializada, afastar-se dos amigos e esconder-se da família desenvolvendo, dessa forma, estratégias que levam à solidão em função da vergonha e culpa que sentem em relação a seus atos. E, desse modo, elas encontrariam nos sites uma parceria, dividindo um conjunto de estratégias e sentimentos na busca pela magreza.

As histórias de jovens anoréxicas e bulímicas circulam nas revistas de variedades, nos cadernos de saúde de jornais e em programas de debates na TV, evidenciando a importância com que a mídia e a população em geral têm tratado situações consideradas trágicas, juntamente com os casos de pedofilia ou de drogadição associada a crimes familiares. Por outro lado, essas matérias deixam transparecer o que parece ser, também, resultado de investimento num conjunto de aprendizagens ao qual as mulheres (principalmente), cada vez mais cedo, têm acesso, configurando um jeito específico de “cuidado” e de “controle” do corpo que se estabelece, principalmente, a partir de conhecimentos relacionados às dietas, à alimentação, aos exercícios físicos e ao vestuário.

Realizar uma investigação com um grupo de jovens escolares constituído em uma dada cultura pode, pois, ser produtivo, na medida em que possibilita acessar os modos de organizar, conhecer e controlar o corpo que elas desenvolvem e exercitam nesse contexto específico. Além disso, pode revelar que potências pessoais e coletivas estão envolvidas nesse processo.

A discussão que propomos, articulada ao campo dos estudos feministas, visa considerar o cuidado corporal como prática histórica e cultural, evitando modelos explicativos e naturalizantes. O cuidado com o corpo, objetivado em um conjunto de práticas corporais que vão desde as escolhas das dietas, das roupas e da aparência como um todo, configura-se como um estilo, um jeito de ser aprendido e reaprendido de diferentes modos durante toda a vida.

No contexto dessa visibilidade é possível perceber que as mulheres jovens têm sido posicionadas como personagens centrais desses investimentos, hoje genericamente definidos como ‘culto ao corpo’. Tal posição tem sido demarcada com argumentos que descrevem as jovens (e a relação que estas estabelecem com seus corpos) como belas e sedutoras e, ao mesmo tempo, irresponsáveis, emocionalmente problemáticas e personagens principais de condutas e situações ‘de risco’, tais como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, distúrbios alimentares e sedentarismo.

E nos processos que investem sobre esses corpos jovens, com o objetivo de contrapor-se ou minorar ‘essa ameaça a si mesmas e aos outros’ que é descrita por vários discursos (como o médico, psicológico e educacional), noções sobre saúde, bem-estar, alimentação adequada e beleza são constantemente renovadas e rearticuladas, instituindo formas de cuidado com significações distintas de prazer, de contenção, de resistência, de feminilidade e de masculinidade. Determinadas práticas corporais passam a ser objeto de uma atenção constante a partir da qual se aposta, por exemplo, que o cuidado com uma alimentação tida como equilibrada resultaria em uma aparência mais “saudável” e que exercícios físicos orientados seriam determinantes para uma “saúde perfeita”.

É nesse sentido que assumimos, aqui, o pressuposto de que o corpo é um “construto sócio-cultural e lingüístico, produto e efeito das relações de poder” (Meyer et al, 2003, p. 26) e, a partir dele, rejeitamos, em nossa análise, noções essencialistas e universais de corpo e de gênero para apostar na multiplicidade e na conflitualidade dos processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos masculinos e femininos, inscrevendo-os, também, em diferentes etapas do ciclo vital.

É com esse olhar que discutimos, aqui, determinadas práticas corporais que as jovens desenvolvem para cuidar do corpo, as quais podem ser classificadas por determinados discursos como sendo práticas anoréxicas, entendendo-as como práticas in-formadas por, e sintonizadas com, regras de normalidade socialmente instituídas e legitimadas, no interior

das quais o corpo emerge como um território e, ao mesmo tempo, como um potente operador, de diferenciações.

Medo de engordar e distúrbios alimentares: fragmentos de história

As práticas relacionadas com regimes alimentares e ascetes corporais podem ser encontradas, com diferentes sentidos e formatos, em diversas culturas, ao longo dos séculos. Entretanto, a maior parte das dietas que apareceram na Antigüidade e na Idade Média pode ser entendida facilmente como práticas aliadas ao que Susan Bordo chamou de “desenvolvimento de um eu”:

[...] seja um eu interno para os cristãos, ou um eu público, para os gregos – construído como uma arena na qual as mais amplas possibilidades da excelência humana poderiam ser realizadas. Rituais de abstinência e ascetismo eram portanto reservados a uns poucos aristocratas e eclesiásticos, capazes de alcançar tal excelência de espírito (Bordo, 1995, p. 167).

A partir do século XIII as práticas de inanição e negação das necessidades corporais passaram a ser crescentemente incentivadas pela Igreja Católica, através da canonização e santificação de mulheres que, com seus atos de ascetismo, davam provas de devoção a Deus. Nesse contexto, uma santa que cabe mencionar é Catarina de Siena, que viveu cerca de 32 anos, morrendo de desnutrição. Quando Catarina tinha 15 anos perdeu uma irmã e, a partir desse fato, começou a comer pouco e a rezar cada vez mais. Quando seus pais começaram a procurar um marido para a jovem, esta intensificou e incrementou seus atos de ascetismo e religiosidade, jejuando, orando e se autoflagelando. Declarava ficar mais forte e mais perto de Deus em jejum (Cordas, 1993; Brumberg, 1988).

Também o comportamento de forçar o vômito é muito antigo e pode ser encontrado, precocemente, na história de diferentes povos da Antigüidade. No antigo Egito, por exemplo, grande parte do papiro de Eber é dedicado ao estímulo e às virtudes do ato de vomitar. Os egípcios vomitavam e, ao mesmo tempo, usavam purgativos por três dias consecutivos, julgando que todas as doenças dos seres humanos

eram oriundas da comida. Entre os gregos da antiguidade, as práticas de vomitar também eram incentivadas, inclusive com locais específicos para tal.

Da mesma forma que o jejum, o sentido para o incentivo de tais práticas era o da purificação do espírito para a conseqüente purificação do corpo. Esta transição de uma “ascese sagrada”, que fazia parte de um discurso religioso, para uma “ascese moderna”, que passa a circunscrever-se no âmbito das formulações médicas nas culturas ocidentais é, pois, um fenômeno da modernidade que se desenha mais nitidamente a partir do século XIX. No seu interior, determinados sinais e sintomas foram se articulando para configurar o que passou a ser conhecido e nomeado como patologias de mulher ou patologias femininas. Essa relação entre mulheres e patologia remonta, assim, à própria história da medicina moderna, muito embora as representações culturais a respeito da menstruação como algo monstruoso, ou das fragilidades mentais das mulheres, de alguma maneira, já fossem anteriormente classificadas tomando como referência valores como racionalidade e vigor, positivados como características masculinas.

A equação que estabelece uma relação entre feminilidade, doença e insanidade emerge, então, mais fortemente, durante o século XIX, período final da era vitoriana e esse é o mesmo período em que a anorexia nervosa passa a habitar o universo do discurso médico. Um exemplo interessante dessa equação é, justamente, o que se considera até hoje o marco fundador da psicanálise – o “tratamento e a cura” da histeria de Anna O. por Sigmund Freud.

No entanto, nos últimos 30 anos, aquilo que era considerado como um “problema” raro e pouco conhecido passou a ser considerado uma prática de risco que afeta uma grande parcela de mulheres entre 18 e 40 anos na Europa e América do Norte (Cordás, 1993). Em alguns países da América Latina, como o Chile, a Argentina, a Venezuela e o Brasil, também têm sido verificados aumentos consideráveis nos índices dessa patologia que se convencionou chamar de transtornos alimentares (Nunes, 1997). Nesse contexto, um outro dado interessante da Organização Mundial da Saúde é exatamente o fato de que as desordens alimentares atingem

de sete a nove vezes mais mulheres do que homens, e, entre essas, a grande maioria é jovem (Nunes, 1998).

Cordás (1993) argumenta que as chamadas desordens alimentares desenvolvem-se, segundo os estudos epidemiológicos na Europa e nos Estados Unidos, em uma população jovem, predominantemente feminina (90 a 95%), de classe média ou média alta, verificando-se, ainda, nas últimas décadas, um aumento dessa incidência para quase 2% da população feminina no Ocidente. No entanto, outros estudos recentes têm relatado que práticas de perder peso, consideradas inadequadas e comportamentos alimentares, tidos como anormais, parecem estar aumentando em todas as classes sociais e grupos étnicos, tanto nos Estados Unidos quanto em uma grande variedade de nações e culturas.

Segundo a literatura especializada, a anorexia e a bulimia são patologias classificadas como doenças mentais. A anorexia nervosa caracteriza-se por uma contínua busca da magreza mediante dietas, laxantes, vômitos auto-induzidos, etc. A bulimia compartilha com a patologia anterior o horror à gordura, mas diferencia-se por episódios de urgência de sobre-alimentação.

A principal dificuldade apontada nos registros de mulheres diagnosticadas como anoréxicas e/ou bulímicas parece residir na relação que elas têm com o seu corpo, principalmente sua forma e peso. Elas procuram alcançar um corpo magro e cada vez mais magro, através de tentativas de autocontrole alimentar e perda de peso, utilizando, para isso, quaisquer mecanismos disponíveis.

Deste modo, dietas rigorosas, exercícios físicos intensivos e métodos purgativos passam a fazer parte do cotidiano das pessoas posicionadas como anoréxicas. Tais preocupações com o corpo e com suas medidas estão, hoje, tão associadas a um dado padrão de comportamento dito feminino que elas passam a ser definidas e reconhecidas como objeto “natural” de atenção feminina. Um dos efeitos extremos dessa preocupação naturalizada parece ser a de levar garotas cujos corpos estão muito próximos dos padrões tidos como normais a perceberem-se com corpos “defeituosos”.

Esses aspectos levantados permitem que “focalizemos” o tema dos corpos jovens e os cuidados com

estes mesmos corpos enquanto fenômeno cultural e não como fenômeno psicopatológico ou clínico. Ou seja, como já viemos indicando, não se pretende assumir aqui o enfoque da nosografia psicopatológica, mesmo reconhecendo que, dentro de determinadas configurações de poder, tais classificações revestem-se de autoridade científica e de valor de verdade.

Da mesma forma, também não pretendemos discutir a validade ou o alcance desses valores de verdade, mas sim delimitar e problematizar os efeitos desses discursos e suas conexões com o poder, na medida em que sabemos que uma série de comportamentos, hoje considerados anormais ou patológicos, estiveram presentes, com outras configurações e outros significados, em outros momentos da história de diferentes culturas ocidentais.

Assim, sugerimos que esses corpos jovens só podem ser inscritos em um processo saúde-doença a partir de uma construção social e cultural; ou seja, corpo, saúde e doença só adquirem determinados sentidos no contexto de uma cultura que torna possível que eles sejam compreendidos e experienciados de formas determinadas. Essa imbricação entre o biológico (natureza) e o cultural ocorre através de múltiplos investimentos no corpo, os quais, em diversas redes de saber-poder, se apresentam ora como mecanismos de coerção, ora por meio do disciplinamento, ora por estratégias de controle, mas também e principalmente como liberdade, autonomia e prazer. Configura-se nessa cultura corporal, uma outra forma de relacionar-se com o corpo, qual seja a de entendê-lo e tratá-lo, crescentemente, como um projeto individual. O corpo projeto é um construto contemporâneo pensável, sobretudo, no contexto da racionalidade neoliberal, que supõe que este pode ser indefinidamente aperfeiçoado, melhorado, enfim, modificado.

A perspectiva do corpo como projeto supõe um engajamento individualizado e intensificado sobre o corpo, um corpo deslocado do social e da cultura, que é de minha inteira responsabilidade. Um dos projetos de corpo mais enfatizados na atualidade é o da aquisição de corpos turbinados e saudáveis. Saudável como um enunciado ambíguo, onde se borram completamente as fronteiras entre beleza e saúde, entre humano e máquina, entre fenótipos e cosmética (Meyer, 2003, p. 8).

Na maioria dos países ocidentais, um dos projetos de corpo mais enfatizados envolve o desejo de tornar-se magro, mesmo que, paradoxalmente, a população continue a engordar. Um olhar atento sobre as décadas finais do século XX e início deste bastaria para nos perguntarmos quais foram as condições que permitiram que muitas sociedades – aquelas com excedentes de produção de alimentos – consolidassem um modelo alimentar e estético que transformou o medo da fome, que atravessa boa parte da história da humanidade, em um medo do excesso. Tais condições parecem estar presentes nas formas pelas quais certos padrões nutricionais e de beleza têm levado muitas mulheres a sofrerem com uma série de sintomas que têm em comum o medo de engordar:

As imagens veiculadas pela mídia, de mulheres magras de sucesso, parecem aumentar ainda mais a insatisfação com o próprio corpo, gerando vergonha, culpa e sentimentos de inferioridade. A maioria das pesquisas demonstra tanto nos Estados Unidos como no Brasil que cerca de 35% das mulheres estão insatisfeitas com seu corpo, sendo que entre as mais jovens entre 16 e 20 anos esse percentual chega a quase 80% (Lipovetsky, 2000, p. 149).

Na tentativa de baixar de peso, as mulheres submetem-se a regimes de emagrecimento e alteram drasticamente sua conduta alimentar. Segundo um estudo epidemiológico realizado na região de Porto Alegre, “cerca de 30% das jovens em idade escolar controlam o peso utilizando dietas severas, laxantes e diuréticos ou provocando o vômito” (Nunes, 1997, p. 61).

Os argumentos que estamos apresentando ilustram que a busca da maioria das mulheres por um corpo cada vez mais magro configura-se como uma das mais potentes relações de poder-saber da contemporaneidade. A base discursiva destas práticas foi-se ampliando desde os processos de urbanização e sedentarização das sociedades que caminhavam para a industrialização, no século XIX, os quais demandariam a promoção de uma alimentação saudável e de uma atividade corporal em benefício da saúde, até os discursos “científicos” que não cessaram mais de formular, até hoje, propostas de intervenção amplas e variadas: regimes alimentares e de sono, roupas, cosméticos, atividades corporais, lazer, sexo e muitas

outras. Sobre essa matriz discursiva e, por vezes, em contraposição a ela, desenvolveu-se um movimento cultural e econômico que conduziu a um estilo de construir e operar com o corpo.

Ao mesmo tempo, vê-se progredir a desestruturação das maneiras de comer, os comportamentos erráticos, as compulsões, a *junk food*, as perturbações das condutas e dos hábitos alimentares. Se nossa cultura vê triunfar a tirania da linha, é marcada na mesma proporção pelo desenquadramento das condutas alimentares, pelo desmoronamento das imposições coletivas relacionadas ao “comer”. As conseqüências são a desordem, o lambiscar anárquico, a alimentação errante e desestruturada, característica de nossa cultura “gastro-anômica” (Lipovetsky, 2000, p. 147).

É possível supor que muitas jovens, em praticamente todas as culturas ocidentais, por suas condutas alimentares, ou seja, por intermédio de restrições alimentares e o emprego de diversas estratégias para eliminar as calorias ingeridas, acabem por afetar sua vida. Cansaço, irritação, alterações menstruais, diminuição do desejo sexual e lesões do aparelho digestivo são tidos como as conseqüências dos exageros das dietas e de uso de laxativos e de vômitos.

Desse modo, a gordura parece configurar-se, em relação às atividades físicas, como uma oposição à boa forma (*fitness*), quase significando uma doença a ser exorcizada ou extirpada. Na maioria das sociedades contemporâneas ocidentais, a forma física e a aparência que ela revela têm sido marcadores sociais importantes na classificação e hierarquização dos estilos de vida, bem como de ascensão social e afetiva; enquanto isso, a flacidez e a gordura vêm significando, na cultura física, sinais de indisciplina e preguiça, ou seja, marcas de desleixo, sinais da falta de cuidado do indivíduo consigo mesmo.

Práticas que pesam... ou emagrecem!

Nesta seção, buscamos examinar alguns aspectos relativos à temática dos “cuidados corporais”, principalmente aqueles que não se caracterizam, necessariamente, como conselhos ou orientações familiares, mas que constituem as

jovens através de exemplos que podem ser seguidos. Ao operar metodologicamente com a análise de discurso de “inspiração foucaultiana”, buscamos analisar as falas, decompondo-as e multiplicando seus sentidos para localizar os rastros ou as marcas dos discursos que se articulam para torná-las possíveis.

Uma das jovens, ao descrever atitudes de sua mãe em relação à alimentação e ao exercício físico, expressou-se assim:

Suzana – A preocupação da minha mãe é emagrecer, emagrecer... Ela toma sopinhas não sei das quantas lá, e é só passar na água quente e é ruim, não tem gosto de nada, parece um isopor, eu não gosto. E ela come salada e essas coisas assim e caminha duas horas de manhã e lá pelas seis da tarde caminha de novo.

Janaína – A minha mãe ela é preocupada se ela está ficando muito velha, não é que ela vive fazendo academia, mas ela tem muita preocupação com a saúde e com os nervos assim. Ela faz bastante esporte, só que agora ela está trabalhando muito, daí ela não tem tempo. E na minha casa é muita fruta e coisas integrais e muitas verduras, legumes e porque a mãe come isso mesmo, e acho que ela passou isso pra mim tipo. Mas de vez em quando ela acha que eu não tenho uma alimentação muito saudável.

No primeiro depoimento, Suzana diz que, na sua opinião, a preocupação central da mãe está em conseguir ou querer “emagrecer”. A jovem parece assumir um tom de reclamação ou, pelo menos, um certo distanciamento em relação às práticas corporais e alimentares da mãe, apontando para a existência de um esforço no seu comportamento ao repetir o verbo “emagrecer”. Também fica evidenciado o empenho da mãe para modificar a aparência por meio de um conjunto de condutas que demonstram autodisciplina – disciplina na ingestão de alimentos que não têm gosto e disciplina no exercício físico ao caminhar duas vezes por dia. Nessa referência, a jovem parece indicar que o corpo, para a mãe, é um problema fundamental e que emagrecer é a meta a ser alcançada. Com o tom de queixa que assume ao questionar essas escolhas, a jovem também parece sugerir que a mãe não se preocupa com outras coisas.

Janaína, no entanto, atribui outros sentidos às

preocupações de sua mãe quando sugere que estas estão ligadas ao envelhecimento e à saúde. Segundo a jovem, a mãe parece compensar a falta de tempo através de uma alimentação baseada em verduras, legumes e produtos integrais.

Os dois depoimentos, entretanto, permitem destacar a centralidade que a dieta ocupa nos cuidados dispensados ao corpo contemporaneamente. Mesmo que a dieta² - compreendida como restrição ou estímulo ao consumo de determinados tipos de alimento - tenha estado presente em toda a história da humanidade, é durante o século XX que ela vai se tornando uma estratégia intimamente relacionada com mudanças nos estilos de vida, com alterações situadas em novas formas de liberdade e, ao mesmo tempo, com novas formas de (des)controle dos corpos. Tais formas são impulsionadas por descobertas tecnológicas, científicas ou mercadológicas que procuram lhes dar sentido no processo de escolhas alimentares que os indivíduos realizam. Segundo Henrique Valiente:

As preferências e as aversões da ingestão se situam num espaço de seleção baseado na construção social dos discursos sobre os alimentos, dependentes não somente da relação custo-benefício em matéria nutricional – a qual significa que o comer é muito mais que a mera sobrevivência – mas sinal, ainda, de que as prescrições situam a comida em um ponto de convergência de determinações estéticas, de estilo, de distinção, de poder e de regulações individuais (Valiente, 1998, p. 74).

Os cuidados com o corpo, incluindo as dietas alimentares, são permeados por relações de poder exercidas sobre os outros e sobre nós mesmos. Compreendemos essas relações de poder como possíveis estratégias de governo dos corpos, já que elas estão constantemente envolvidas no exercício de dirigir e regular modos de ser e de agir dos indivíduos e da população.

Muitos conhecimentos, produzidos principalmente nos campos biotecnocientíficos, têm sido constantemente atualizados no sentido de delimitar “doenças mortais” causadas

² Utilizamos as expressões “dieta” e “regime alimentar” como sinônimos, optando assim pela seguinte definição: “regulação metódica da alimentação com o objetivo de conservar ou restabelecer a saúde” (Fernández; Sainz; Grazón, 2002, p. 12).

por práticas alimentares tidas como problemáticas; dentre elas pode-se citar, por exemplo: a elevação dos níveis de colesterol, que poderia favorecer o aumento dos distúrbios cardíacos, a ingestão de sal e, sobretudo, a do açúcar, apontado como outro ‘grande inimigo’ da vida saudável por estar implicado com o aparecimento de vários tipos de cânceres, doenças cardíacas, diabetes, problemas dermatológicos, esquizofrenia, hiperatividade e todo um conjunto de outros distúrbios físicos e mentais. Nesse contexto, a obesidade instituiu-se, também, como sendo um dos mais “perniciosos” riscos à saúde humana e se produz um conjunto de estimativas que preconizam a redução das necessidades calóricas e protéicas dos indivíduos, demarcando-se, assim, o discurso da ‘obesidade como problema de saúde pública’ das sociedades ocidentais contemporâneas. Como refere Susan Bordo (1997), “a gordura e não o apetite tornou-se o inimigo declarado e as pessoas começaram a medir os seus regimes alimentares mais pelos números da balança do que pelo domínio dos impulsos e dos excessos” (p. 167).

No caso da dietética, talvez se possa dizer que um importante fator de mudança no século XX tenha sido a reação do mercado às críticas contundentes aos alimentos ‘muito calóricos’, em especial às gorduras, que levariam os supermercados a ser inundados, em um primeiro momento, por uma série de produtos que traziam em seus rótulos as inscrições “sem gordura”, “sem sal”, “sem colesterol”. Já no final dos anos 1980, uma segunda geração desse tipo de produtos seria lançada, a dos alimentos *light* e *diet*,³ com uma variedade inicialmente reduzida a chocolates, gelatinas e adoçantes direcionados às pessoas com diabetes. No entanto, outros condicionantes que passavam a impulsionar não só a luta contra o excesso de peso, mas, sobretudo, a busca da magreza, incidiram sobre o aumento da disponibilidade desses produtos, a tal ponto que hoje os produtos “sem açúcar” não ocupam uma pequena estante nos supermercados – eles duelam de igual para igual com os alimentos “com açúcar”. Atualmente, os produtos *light* e *diet* representam 12% do

³ Produtos *diet* são aqueles sem açúcar ou sem sal, indicados para diabéticos e hipertensos, enquanto que os produtos *light* têm menos calorias e são indicados para quem quer emagrecer (www.globo.com.br/programafantastico/).

total das vendas nos supermercados brasileiros (Programa Fantástico, 08/02/2004).

Informações como essas permitem ensaiar um certo mapeamento das instabilidades e variações decorrentes de tantas mudanças que atingem a alimentação contemporânea, principalmente nas sociedades de “abundância”, as quais permitiram que se produzissem prescrições sobre variados tipos de dietas supostamente saudáveis. Na inter-relação das circunstâncias que acompanham essa sucessão de novas e renovadas informações alimentares, queremos focalizar um pouco algumas assimetrias que delimitam as relações entre práticas alimentares e gênero no âmbito familiar e social. No contexto dessas relações, as dietas podem ser caracterizadas como um conjunto de múltiplos saberes, equipamentos, especialistas, sistemas de normalizações e hierarquizações, que instituem programas alimentares. De tudo isso, desdobram-se objetivos e prescrições que homens e mulheres, que almejam se manter (ou se tornar) saudáveis, devem incorporar – de forma diferenciada - em sua vida diária.

Perguntamos às participantes como as mães passavam alguma preocupação que tinham, e uma delas disse:

Carolina – A minha mãe queria ser magra há uns anos atrás quando ela era jovem, mas ela não conseguiu. Aí, ela passa isso para a filha: “ai, minha filha, tem que ser assim”. É a mesma coisa com a profissão: “meu filho tem que ser médico, o que eu não consegui ser” e, às vezes, os pais querem se realizar com os filhos ...

Carolina faz duas associações interessantes: uma primeira entre o desejo de ser magra, exemplificado pelas tentativas e fracasso da mãe em conseguir realizá-lo, e o ensinamento que esta transmite para sua filha; e uma outra associação entre uma não-realização profissional do pai e o desejo de que o filho siga a carreira que ele não alcançou. Em ambos os casos, nota-se a utilização de um argumento incorporado da psicologia, ou seja, a idéia de um mecanismo de projeção. A projeção para o campo “psi” seria o modo como um sujeito constitui uma operação em que coloca no outro seu desejo. É bastante significativa também a associação entre a vontade de ser magra e a escolha da profissão – a busca pelo corpo magro é equivalente à busca pela profissão, ambas são resultantes de uma escolha consciente.

Há um outro aspecto que cabe ressaltar, lembrando da frase de Foucault em que o discurso é visto como “uma prática que sistematicamente forma os objetos de que fala” (Foucault, 1995, p. 50). Trata-se de estar atento ao papel ativo do discurso naquilo que ele descreve. A jovem conta uma cena hipotética em dois atos: um primeiro em que a mãe e a filha conversam, e um segundo, em que a conversa é entre pai e filho. Na primeira cena, o que está em jogo são as questões tidas como privadas; contudo, quando o exemplo relaciona-se à esfera pública, a jovem utiliza as figuras masculinas de pai e filho. Desta forma, podemos pensar que o regime de emagrecimento funciona como uma prática de cuidado muito mais feminina, parecendo que a preocupação moral com o corpo não é equivalentemente aplicada para ambos os sexos.

O sucesso da indústria de dietéticos e a popularidade dos programas de boa forma encorajam a noção de que as pessoas são gordas porque comem muito e de que, se elas controlassem um pouco seu apetite, poderiam ser magras. Nesse contexto, é que muitas autoras têm considerado que a busca por um corpo magro se articula aos vários campos técnico-científicos que naturalizam determinados atributos como características de uma essência feminina, como por exemplo, a preocupação em emagrecer, que é decorrente do fato de que a gordura ou a obesidade passam a ser consideradas como um problema de disciplina, de controle do eu ou de força moral.

Vejamos o seguinte depoimento:

Amélia – A família influencia bastante. Que nem quando eu era pequena, desde os 6/7 anos... Nas férias, eu ia para a casa de uma tia minha, e ela era nova e, quando tomava chimarrão, eu sempre via ela colocar um pózinho no chimarrão e eu achava aquilo estranho. Ela me disse que era purgante. E eu fiquei pensando naquilo, aí ela me disse ainda: “isso emagrece”. Se tu estás em casa e alguém comenta “aquela é bonita, aquela é feia, como é que podem achar a fulana bonita”, essas coisas marcam, e tu vais montando o teu padrão.

Por meio de rotinas, normas e práticas aparentemente triviais, como tomar chimarrão, pode se dar a busca por um

ideal de feminilidade contemporânea que tem no corpo magro uma das suas principais marcas e formas de controle. Mas o principal atributo do chimarrão, que, como se diz aqui, é “cantado em prosa e verso”, seria sua função ritualística de motivar as pessoas a conversar, dividir, enfim, se socializar. O chimarrão funciona aqui como um artefato cultural que, na perspectiva de Amélia, pode, em diferentes espaços, efetuar pequenos desvios, ao mesmo tempo em que acontece parceria, uma conversa entre mulheres de gerações diferentes, quando uma ensina pequenas lições para a outra.

Segundo Sant’Anna:

[...] há muitos casos em que a comida é considerada (tal como o sexo) uma experiência que envolve grandes liberdades e prazeres, mas também, muitas coações, proibições e tabus; afinal, se muitos já transaram às escondidas, hoje há uma enorme quantidade de pessoas que comem às escondidas [ou deixam de comer]. (2003, p.42).

No âmbito da família, ocorre uma série de mecanismos que instituem práticas corporais em relação à alimentação, produzindo significados diversos sobre o corpo. Uma série de representações e de imagens de mulheres que lutam e conseguem controlar o apetite ou gastar o que comeram estão presentes também na mídia, através da profusão de imagens de mulheres magras que aparecem no horário nobre da televisão e em anúncios publicitários. Muitas vezes, essas mulheres são questionadas sobre seu sucesso, como na edição de junho da revista *Pense Leve*: “Vamos descobrir como Vanessa Camargo emagreceu 6 quilos” (2002, Capa). É neste sentido que não se pode estranhar que meninas muito jovens deixem de comer com medo do desamor ou da zombaria.

Os cuidados com o corpo, incluindo os regimes de emagrecimento, são permeados por relações de poder exercidas sobre os outros e sobre nós mesmos. Essas relações de poder funcionam como possíveis estratégias de governo dos corpos, já que estão constantemente envolvidas no exercício de dirigir e regular modos de ser e de agir dos indivíduos e da população.

Atualmente, os consumidores e, em especial, as

consumidoras, são submetidos/as regularmente a uma infinidade de tentações, mas também a múltiplas formas de precauções dietéticas, processos que conduzem a uma crise dos critérios de eleições e a uma desorganização dos valores da simbologia alimentar. Há situações em que fazer escolhas torna-se imperativo. No entanto, o resultado dessas, inevitavelmente, é a culpa pelos erros, em uma espécie de descontrole alimentar, já que, na maioria das vezes, os alimentos que instigam o nosso desejo são aqueles identificados não em termos nutricionais, mas em termos de prazer: os que apreciamos, geralmente não são “saudáveis”.

Um dos aspectos relacionados às dietas é a associação entre a saúde dos indivíduos e uma alimentação tida como adequada. Essa associação perpassa os limites do culinário, do econômico, do religioso e até mesmo do sanitário, sendo responsável por muitas concepções que qualificam o comportamento dos indivíduos como saudável ou doentio. Nesse sentido, talvez o discurso de objeção mais comum à gordura no campo biomédico é o que alega que ser gordo/a não é saudável.

De fato, é principalmente sobre o corpo feminino que se dá a interação entre o mercado e os valores culturais. Com isso, a mulher sofre pressões sociais para ter seu corpo reconfigurado e, desse regulamento, ela joga com intencionalidade os sacrifícios de digerer dietas restritas e medicamentos, além de outros artifícios como cirurgias plásticas, ginástica e cosméticos (Freitas, 2002, p. 26).

É interessante lembrar que muito do que se diz sobre a distorção da imagem corporal das mulheres diagnosticadas como anoréxicas está baseado na idéia de que elas se vêem como gordas. Entretanto, a experiência de um de nós⁴ com meninas em tratamento permite dizer que elas definem a imagem de si de maneira diferente, ou seja, elas, como as jovens participantes da pesquisa, voltam-se usualmente às áreas particularmente macias ou protuberantes do corpo (mais freqüentemente o estômago) do que ao corpo como um todo. A autora Susan Bordo apresenta uma fala da personagem Karen

⁴José Damico atuou na equipe Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no atendimento a meninas diagnosticadas com transtornos alimentares.

no filme “*Dying to be thin*”⁵, que tenta se contrapor ao que vê como um mito de que a anoréxica percebe erroneamente seu corpo todo como gordo:

Eu espero estar exprimindo-me de modo correto aqui, porque isso é importante. Vocês têm que entender. Eu não vejo todo o meu corpo como gordo. Quando eu me olho no espelho, eu não vejo em verdade uma pessoa gorda. Eu vejo certas coisas em mim que são realmente magras. Como meus braços e minhas pernas. Mas eu posso dizer no instante em que como algumas coisas que meu estômago incha-se como o de um porco. Eu sei que ele se expande. E isso é nojento (Sacker e Zimmer, 1987, p. 57, *apud* Bordo, 1997, p. [89]).

Ocorre que a comida é inseparável do restante das atividades da cultura, e o que comemos está regrado em conformidade com certas práticas e idéias. Um exemplo interessante disso é pensarmos nos tabus alimentares – como as restrições por parte de judeus e muçulmanos – que, se de certo modo ajudam a reforçar a identidade de um grupo, nos revelam o caráter arbitrário de proibições que correspondem a uma constituição de princípios e crenças de uma determinada sociedade. Nesses casos, os alimentos são negados não por suas propriedades nutricionais, mas pelos sentidos e valores que carregam.

As jovens participantes quando perguntadas como suas amigas faziam quando queriam emagrecer, responderam assim:

Araci – A Beatriz tem bastante preocupação com a comida. Assim, eu acho que ela tenta se controlar, às vezes, deixando de comer certas coisas. Às vezes, não é necessário, porque ela não é gorda. Ela só acha que, às vezes, está gorda. Mas, por exemplo, tem aquelas garotas que vomitam e que param de comer porque acham que são gordas. Por mais que olhem e sejam realmente magras, magras, magras mesmo, elas sempre se vêem gordas e sempre vêm que têm que tentar mais, têm que vomitar mais, têm que deixar de comer.

Araci, ao comentar as preocupações e cuidados com o peso demonstrado por uma colega (também participante da pesquisa), ressalta que esta não precisaria realizar restrições

5 Não encontramos esse título em português; em uma tradução literal, seria “Morrendo para ser magra”.

na sua alimentação, já que, em sua opinião, ela não é gorda, ela só se acha, às vezes, gorda. É possível que a jovem esteja diferenciando o 'ser' e o 'estar' gorda a partir do exame minucioso que o restante delas realiza sobre si mesmas em certas condições (antes de ir a festas, em função de determinadas roupas 'servirem' ou não), reparando nas 'saliências', se vendo refletida no espelho ou se comparando com outras mulheres que aparecem nas revistas ou na mídia em geral.

O desejo das mulheres, mesmo das mais jovens, de transformar o corpo conforme padrões aceitáveis segundo as normas sociais e de adquirir uma imagem que inspire empoderamento e outras formas de prazer (como o sexual e o erótico), pode resultar na necessidade de recortar algo de si mesmas, provavelmente encorajando algum grau de controle sobre o prazer que a comida poderia oferecer. Assim, percebe-se que Araci fala de meninas que vomitam, mesmo que sejam magras, para ficarem mais magras ainda. A estratégia de tentar controlar o peso através do ato de vomitar aparece como uma das mais utilizadas pelas jovens participantes da pesquisa. Pode-se destacar, aqui, que entre as mulheres jovens vomitar pode ser caracterizado como a prática de um asceticismo contemporâneo. Ortega (2002), apoiado em Foucault, comenta que a ascese "é o conjunto ordenado de exercícios disponíveis, recomendados e até obrigatórios, utilizáveis pelos indivíduos num sistema moral, filosófico e religioso para atingir um objetivo específico" (p. 145).

De acordo com Ortega (2003), as práticas ascéticas podem variar, dependendo do contexto histórico ao qual estão vinculadas. Na antiguidade greco-latina, visavam à constituição do sujeito moral; no cristianismo, à auto-renúncia e à pureza e, contemporaneamente, no processo que o autor chama de produção de bio-identidades, essa ascese se constitui como uma prática "onde o corpo possui a auto-reflexividade que correspondia outrora à alma" (p. 142).

Nas palavras de Sant'Anna (2002):

O corpo tende a ser considerado o lugar privilegiado da subjetividade de cada um. Se, durante séculos, a humanidade destinou à alma o lugar da identidade humana, na ordem tecnocientífica é o corpo que exercerá essa

função. Por conseguinte, conhecê-lo completamente, salvá-lo diariamente, controlá-lo continuamente são deveres e direitos atribuídos com insistência a todos os que aspiram ao sucesso, à dignidade e à felicidade (Sant'Anna, 2002, p. 102).

Agora, não só as roupas e os acessórios são produtos de consumo, mas o próprio corpo. Foucault já anunciava, em *Vigiar e punir*, que investir no corpo passou a ser lucrativo. Homens adquirem músculos nas academias, enquanto as mulheres devem perder peso e ser magras. Assim, forçar o vômito parece ser uma resposta adequada aos apelos da sociedade de consumo, na medida em que as jovens podem alimentar-se em excesso e depois expurgar os alimentos, mantendo o corpo magro (Bordo, 1997).

As práticas ascéticas corporais contemporâneas fazem parte de um conjunto de regras de higiene, de lazer e de saúde baseado no desempenho físico dos indivíduos. Deste modo, os indivíduos devem ser auto-controlados e auto-vigilantes para poderem se examinar no detalhe e assim conquistar suas identidades (Ortega, 2002).

Ao comentar sobre a formação de todo um arsenal voltado para aferir os desempenhos dos indivíduos, Ortega comenta:

Na biossociabilidade todo um vocabulário médico-fisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tônus muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação “quase moral”, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são ressignificadas como práticas de saúde (Ortega, 2002, p. 154).

O corpo é consumido como imagem bela e, ao mesmo tempo, saudável, a ser mostrada e vendida e o consumo se configura como uma atividade de conquista do prazer e não como necessidade – muitas vezes não se consomem mercadorias porque se está com fome ou por precisar se vestir, por exemplo.

As jovens, ao discutirem sobre os limites entre fazer dietas e adoecer, falaram que:

Carla – eu tinha uma amiga que ela tinha problema de anorexia, aí ela teve que sair da aula de dança que fazia escondida da mãe, porque ela não podia fazer exercício e aí ela tava usando o dinheiro da mesada dela, para poder fazer, eram 2 horas de dança, aí corria mais três e ficava sem comer o dia inteiro, aí ela já estava com anemia quase profunda, aí ela baixou no hospital e ficou um tempão lá.

Clara – mas eu acho também que essa coisa de se sentir bem é uma coisa que varia assim, porque muitas pessoas se sentem bem magras demais que é o caso da anorexia, todo mundo está vendo que a pessoa não está bem e ela está se sentindo bem consigo então eu acho que vai muito do que é a consciência do estar saudável. Mesmo que tu gostes de ser daquele jeito.

Carla fala de sua amiga que fora diagnosticada como portadora de anorexia nervosa e sobre como driblava o controle de sua mãe e continuava exercitando-se nas aulas de dança ou correndo. Já no segundo excerto, Clara discute sobre o critério que algumas depoentes utilizaram para definir seu estado de saúde.

Com relação ao primeiro depoimento, a situação descrita pela jovem já vem há bastante tempo sendo mostrada, através de filmes que tratam dessa temática ou até mesmo na literatura biomédica, como sintoma relacionado aos transtornos alimentares. Na experiência profissional de um de nós foi possível, por exemplo, ouvir depoimentos de jovens diagnosticadas com transtornos alimentares, as quais, mesmo internadas e às vezes amarradas na cama, conseguiam fazer abdominais, ou até mesmo em suas casas se ofereciam para fazer todas as tarefas domésticas a fim de queimarem mais calorias e ficarem ainda mais magras.

No segundo depoimento, a jovem exprime uma tendência à moralização da saúde. De acordo com Robert Crawford:

a saúde tornou-se não só uma preocupação; tornou-se também um valor absoluto ou padrão para julgar um número crescente de condutas e fenômenos sociais. Menos um meio para atingir outros valores fundamentais, a saúde assume a qualidade de um fim em si. A boa vida é reduzida a um problema de saúde, da mesma maneira como a saúde

se expande para incluir tudo o que é bom na vida (*apud* Ortega, 2002, p. 154).

Os casos de anorexia têm sido divulgados com a dramaticidade própria dos dramas pessoais, relatos em que pais e mães demonstram seu sofrimento, médicos, psicólogos e outros especialistas são chamados a dar seus diagnósticos e, não raro, as jovens contam a sua luta contra a doença e como conseguiram vencê-la.

A anorexia tem recebido inúmeras nomações, tanto por parte dos estudiosos quanto da mídia em geral, isso porque, parafraseando Paula Treichler (1998, p.357), quando esta se refere ao HIV/AIDS, também os transtornos alimentares podem ser pensados como uma epidemia das significações, na medida em que estes possuem uma enorme capacidade de gerar significados. Dentre eles, cito alguns que foram retirados de diversos autores por Abigail Bray⁶ (1996): uma epidemia da magreza que vem destruindo as vidas de muitas jovens, inteligentes, brancas e mulheres de classe-média; uma forma perversa de narcisismo feminino; a sombra do corpo do astronauta; uma improdutiva reação de um corpo sem órgãos; um emblema da decadência do final do século XX; a síndrome da mulher palito; a arte da fome; um fenômeno psicossomático articulado às patologias do capitalismo patriarcal e da família nuclear; a doença da era Mc Luhan; uma desordem obsessivo-compulsiva que é melhor tratada com benzodiazepínicos, haloperidol, trazodone, maprotiline, ECT bilateral; uma espécie de luto para o corpo pré-edipiano e uma conexão corporal com a mãe no patriarcado e que é necessário abandonar.

Esses e muitos outros enunciados são demonstrativos do enorme interesse e do fascínio que cercam essa problemática por parte de estudiosos das mais diferentes áreas e das pessoas em geral: “O que permite sugerir que essa fascinação exercida pelas desordens alimentares não é simplesmente a questão de uma patologia individual, mas também de vasta repercussão cultural” (Malson, 1998, p. 5).

⁶ As traduções referentes a essa autora (1996) e a outras como Helen Malson (1998), e Susan Bordo (1997) dos originais em inglês foram feitas por nós.

De acordo com Alex Fraga e Carmen Soares, muitas definições diagnósticas como bulimia, anorexia, síndrome do pânico, entre outras enfermidades,

não são novas; de uma certa forma, já existiam há muito tempo, mas é em nossa época que elas foram nomeadas/catalogadas pela medicina e passaram a habitar mais freqüentemente os corpos do final do século XX. É através dessa nomenclatura médica que nos tornamos “devidamente doentes” (Fraga e Soares, 2003, p. 86).

Na descrição clínica atual, a anorexia aparece com diferentes definições, como casos de ‘síndrome’ ou de ‘desordem’ psicossomática. Os critérios diagnósticos estabelecidos nos exames clínicos e descritos na literatura especializada diferem com relação aos fatores desencadeadores do baixo peso e do medo de engordar, por exemplo, no que diz respeito aos picos de ocorrência (idade), à presença de algum fator genético ou às desordens endócrinas. Existem também variações com relação ao critério diagnóstico no que se refere ao peso mínimo. Segundo o sistema classificatório do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), o diagnóstico é conclusivo quando a pessoa está 25% abaixo do peso mínimo ideal, enquanto que o Código Internacional de Doenças (CID-10) define que, com 15% abaixo do peso mínimo ideal, a anorexia já pode ser diagnosticada. A variação dos critérios diagnósticos nas áreas da clínica médica e da psiquiatria tem sido uma característica marcante com relação à anorexia nos últimos cem anos, o que inclusive tem prejudicado a tentativa de “determinar” a prevalência da anorexia (Malson, 1998).

A epidemiologia ou qualquer ciência que utiliza a linguagem científica para fixar sentidos, baseia-se na relação de causa-efeito de um certo fenômeno sobre um outro; portanto, opera buscando estabelecer relações deterministas entre os acontecimentos, tanto do ponto de vista biológico como do econômico ou tecnológico. No entanto, a dificuldade ressaltada anteriormente para estabelecer a prevalência da anorexia nervosa pode indicar que os sentidos são impossíveis de ser fixados, mesmo na linguagem científica, estando presente a indeterminação que caracteriza a linguagem, o texto

e o discurso. Trata-se da impossibilidade de fixar de uma vez esses critérios ou de qualquer outro juízo.

Contudo, quanto à anorexia, parecem existir alguns sentidos comuns: a anorexia é tida como uma doença mental que se caracteriza por uma contínua busca da magreza mediante dietas, laxantes, vômitos auto-induzidos, exercícios físicos intensivos e episódios de alimentação excessiva. Outros sintomas incluem amenorréia, hipotermia, arritmia cardíaca e uma variedade de mudanças metabólicas em função do baixo peso.

A emergência da “anorexia nervosa” como um evento discursivo foi possível pelas brechas na interface do discurso médico e do discurso cultural da hipocondria, histeria e feminilidade (Malson, 1998, p. 49). Os saberes produzidos hoje sobre a anorexia inscrevem esta patologia em um campo de “desordens” supostamente ligadas ao gênero feminino, constituindo, reconstituindo e atualizando, desse modo uma identidade de mulher como “naturalmente nervosa”, como o fizeram os discursos sobre a melancolia no século XVII e a histeria no século XIX.

Vários estudos demonstram que alguns comportamentos muito particulares com relação ao corpo e à alimentação têm estado amplamente mais presentes na vida das mulheres, como destaca Bordo (1997). Essa associação está presente também nos meios de comunicação de massa quando tratam dos comportamentos alimentares anormais. Pode-se argumentar, pois, que uma ordem social em que as mulheres são posicionadas como as principais executoras de condutas desviantes constituem tanto os sujeitos anoréxicos quanto a própria doença.

Enfim...

No contexto cultural em que vivemos e, em particular, neste que focalizamos, os processos contemporâneos de construção dos corpos femininos jovens, as noções de saúde, de bem-estar e de alimentação são constantemente renovados e rearticulados, instituindo formas de cuidado com significações distintas de prazer, de contenção, de resistência, de feminilidade ou de masculinidade. Nesse caso, determinadas práticas corporais passam a ser objeto de uma atenção

constante, na qual o cuidado com uma alimentação tida como equilibrada, por exemplo, resultaria em uma aparência mais “saudável”, e exercícios físicos orientados seriam determinantes para uma “saúde perfeita”. Em suma, essas práticas vão compondo um estilo de vida “ativo”⁷ em que a auto-vigilância e a motivação são a ordem do dia.

A busca pela magreza, no caso das mulheres jovens, está dimensionada por processos culturais que constituem práticas corporais objetivadas em uma série de cuidados com o corpo nos quais a razão e a responsabilidade devem estar na base das escolhas, tão apregoadas pelos discursos da promoção da saúde. Assim, nos parece que o imperativo é emagrecer, mas com responsabilidade, e segundo as corretas indicações preconizadas pelo meta-discurso biomédico; essa parece ser a “grande onda”. Em nossa perspectiva, pressupostos como esses fazem parte de estratégias intimamente relacionadas com as mudanças nos estilos de vida contemporâneos, com alterações situadas em novas formas de (des)controle dos corpos.

O que é atribuído à jovem – instabilidade, incerteza, mobilidade e transitoriedade – parece assumir conotações da cultura de amplo significado e é nesse sentido que assumimos que a juventude necessita ser teorizada como um campo de contradições e discursos diversos. Pensá-la dessa forma, em conexão com o tema das dietas e dos ‘distúrbios’ alimentares, pode ser produtivo para problematizar e desestabilizar a fixidez comumente atribuída aos processos de saúde e doença no campo biomédico.

Referências

ADELMAN, Miriam. Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina? *Revista dos Estudos Feminista*, v. 11, n. 2, p.445-465, 2003.

BRUMBERG, Joan. *The body project: an intimate history of american girls*. New York: Random House, 1997.

⁷ A mudança no estilo de vida que resultaria em uma “vida saudável” é um dos elementos do documento final da Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, realizada no Canadá, em 1986. A importância deste documento é de que nele se lançaram as diretrizes para as principais transformações na saúde pública, em sentido amplo, na maioria dos países (PALMA et al, 2003, p. 26).

- BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, S; JAGGAR, A. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, p. 19-41.
- BORDO, Susan. () Reading the slender body. In: Kathryn Woodward (eds). *Identity and difference*. London: The Open University, 1995, p. 167-181.
- BRAY, Abigail. *The anorexic body: reading disorders, cultural studies*. Routledge, 1996, p. 413-414.
- CORDÁS, Táki A. Quando o medo de ficar gordo vira doença. In: CORDÁS, Táki A. *Fome de Cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade*. São Paulo: Maltese, 1993, p. 13-28.
- DAMICO, José G. S. “Quantas calorias eu preciso [gastar] para emagrecer com saúde?”: como mulheres jovens aprendem estratégias para cuidar do corpo. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: 34 Letras, 1992.
- FERNÁNDEZ, M; SAINZ, A; GRAZON, M. Treinamento físico-desportivo e alimentação da infância à idade adulta. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.
- FRAGA, Alex. *Evangelho do agito: uma forma de ativar o corpo e regular a vida*. Porto Alegre: UFRGS/FACED. Projeto de tese de doutorado, 2002.
- FRAGA, Alex; SOARES, Carmen. Pedagogia dos corpos retos: das morfologias disformes às carnes humanas alinhadas. *Pro-posições*, v. 14, n. 2, p. 77-90, 2003.
- FREITAS, Maria. Mulher Light: corpo, dieta e repressão. In: FERREIRA e NASCIMENTO, *Imagens da mulher na cultura contemporânea*, Salvador: NEIM/UFBA, 2002. p. 23-24.
- FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

LIPOVETSKY, Gilles, *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LUPTON, Débora. *Corpos, prazeres e práticas do eu*. *Educação & Realidade*, v.25, n. 2, p. 15-48, jul./dez. 2000.

MALSON, Helen. *The Thin woman: feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge, 1998.

MEYER, Dagmar. *Gênero e educação: teoria e política*. In: LOURO, G. NECKEL, J, *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEYER, Dagmar E.; SOARES R. Rosângela. *Corpo, gênero e sexualidade nas práticas escolares: um início de reflexão*. In: MEYER, Dagmar E.; SOARES R. Rosângela (orgs) *Corpo, Gênero e Sexualidade*. Porto Alegre: Mediação, 2004.

NUNES, Maria Angélica. *Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos em Porto Alegre*. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1997.

NUNES, M.; RAMOS, D. *Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico*. In: *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ORTEGA, Francisco. *Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo*. In: RAGO, ORLANDI;

VEIGA-NETO (orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PROGRAMA FANTÁSTICO, exibido em 08/02/2004.

SANT'ANNA, Denise. *É possível realizar uma história do corpo*. In: SOARES, C. *Corpo e história*. Autores Associados: Campinas, 2001.

SILVA, Ana M. *Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade*. Autores Associados: Campinas, 2001.

SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SOARES, Carmen. *Pro-Posições*, v. 14, n. 2 maio/ago. 2003.

TREICHLER, Paula. AIDS, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification. In: PARKER, R; AGGLETON, P. (Orgs.). *Culture, society and sexuality—a reader*. Califórnia: UCL Press, 1998. p. 357-386.

VALIENTE, Henrique. Anorexia y bulimia: el corsé de la autodisciplina. In: CUBIDES; TOSCANO e VALDERRAMA (ed). *“Viviendo a toda” – Jóvenes, territorios culturais y nuevas sensibilidades*. Serie Encuentros. Santa Fé de Bogotá: Piados, p. 69 – 83, 1998.

MEDICALIZAÇÃO DA APARÊNCIA: OS CURIOSOS ARRANJOS DE UM DISCURSO CIENTÍFICO DA BELEZA

Paulo Poli Neto
Sandra Caponi

Variados trabalhos destacam a entrada da beleza física no mercado de consumo, de como deixou de ser um atributo divino e imutável e se tornou uma possibilidade ou mesmo uma obrigação por estar ao alcance de todos na contemporaneidade. A Indústria da Beleza cresce vertiginosamente com a venda de produtos como cosméticos, cremes, roupas e é acompanhada de uma Medicina da Beleza, que coloca à disposição uma série de transformações corporais.

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2003, foram realizados, segundo a *American Society for Plastic Surgeons* (ASPS, 2004a), mais de 8,7 milhões de procedimentos estéticos. A tendência de 1992 a 2003 apontou grande crescimento percentual no número de cirurgias plásticas cosméticas: acréscimo no volume de mamas (657%), *lift* nas nádegas (526%), lipoaspiração (412%); e de 2002 a 2003 as injeções de botulina registraram 153% de aumento (ASPS, 2004b). O Brasil é o terceiro país do mundo em número de cirurgias plásticas, atrás apenas dos EUA e do México. Só em 2003, foram 400.000 intervenções do gênero sendo metade delas puramente estéticas; dentre essas, 40% de lipoaspiração, 30% nas mamas e 20% na face.

O viés econômico ajuda a entender esse fenômeno, mas seria muito simplista resumi-lo a tal perspectiva. No caso da medicina, é interessante notar como se construiu o discurso da cirurgia plástica estética, mantendo uma separação entre ciência e mercado. Em vez de superar essa moderna cisão, o que valeria também para outras áreas médicas, o setor preferiu um arranjo que pudesse justificar a Medicina da Beleza a partir de critérios apresentados para responder, supostamente, às exigências científicas de rigor, objetividade, neutralidade.

Isso é o que procuramos demonstrar ao analisar mais de 100 artigos presentes em duas das principais revistas de cirurgia plástica estética, *Aesthetic Plastic Surgery* e *Aesthetic Surgery Journal*, publicados em 2003 e 2004. Esses textos evidenciaram que a base da medicina moderna está inserida ainda em uma temática tão pouco “científica” como é a da aparência física. Nosso estudo exemplifica como os mais variados temas podem ser incorporados por essa racionalidade médica que se formou entre os séculos XVIII e XIX. Esse jeito de ver, entender e intervir permitiu um avanço sem precedentes em relação à explicação das doenças, às técnicas de intervenção e à resolução de alguns problemas, ao mesmo tempo em que monopolizou o discurso sobre saúde e doença, transformando continuamente novos assuntos em questão médica. É o caso agora da beleza física. Causa curiosidade perceber como a Medicina da Beleza, área outrora considerada frívola por não lidar com doenças no sentido clássico, passou a ser aceita pelo *establishment*. O que teria mudado entre a primeira e a segunda metade do século XX para permitir tal virada?

Vários aspectos se relacionam à mudança de percepção sobre a cirurgia estética; um deles é o fator econômico, da beleza como força motriz do consumo que move a sociedade nesse sentido, como nos diz Eco (2004). Para Breton (2003), trata-se ainda de uma herança do modelo do corpo como máquina, concepção que vem da antiguidade clássica, mas que teria se acentuado a partir do Iluminismo. A idéia do corpo como um invólucro precário e falível e que aprisiona a essência do homem refina-se na atualidade com a transposição do corpo à condição de acessório da pessoa, como um cartão de visitas que permite que ele seja “[...] submetido a um *design* às vezes radical que nada deixa inculto (*bodybuilding*, marca corporal, cirurgia estética, transexualismo, etc.). Colocado como representante de si, cepo de identidade manejável, torna-se afirmação de si, evidenciação de uma estética da pessoa” (Breton, 2003, p. 22).

Para Maffesoli (1999), a valorização da estética é uma das principais características da pós-modernidade, a era do *Homo Estheticus*, na qual a estética representa mais do que o ápice da individualidade em uma sociedade hedonista. Para

ele, é a própria forma de comunicação contemporânea na *polis*, em que a aparência é tudo e não somente superficialidade: “a superfície da existência permite uma forma de endoscopia das mais pertinentes: o signo faz sentido, o signo torna-se significado” (Maffesoli, 1999, p. 155).

Para as feministas essa é uma discussão importante, especialmente porque ainda são as mulheres as principais consumidoras da Indústria da Beleza e, igualmente, dessa Medicina da Beleza, já que cerca de 90% dos procedimentos são realizados em mulheres (ISAPS, 2006). Wolf (1992), por exemplo, não tem uma avaliação positiva da supervalorização da aparência feminina, mas considera esse momento como uma resposta política à invasão das mulheres no mercado de trabalho, uma nova estratégia para subjugar-las ao vigiar-lhes intensamente o corpo.

A preocupação com a aparência física passa, portanto, na avaliação de vários cientistas sociais, por um espectro que vai da completa submissão a um padrão de beleza superdeterminado até a uma forma de se auto-afirmar culturalmente e de criar identidade. Enfim, chega mesmo a ser aventada como fundamento da nossa (pós?) modernidade. Não é simples encontrar a ponta do novelo que diz respeito ao surgimento e à expansão da Medicina da Beleza. Há o fato, como argumentamos antes, do enorme crescimento desse mercado específico e da criação de formas corporais inusitadas propiciadas pelo desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e materiais, anteriormente indisponíveis. A Medicina da Beleza surge nessa teia complexa que procuramos brevemente apresentar. Contudo, o objetivo deste trabalho é decifrar o arranjo do qual lança mão o campo da cirurgia plástica estética para tratar de um tema tão repleto de variáveis, defendido apenas do ponto de vista científico, da medicina moderna.

Não se pretende dizer que apenas recentemente o discurso médico vem se pronunciando sobre a beleza, mas que pela primeira vez ela surge como objeto único e central de uma especialidade médica. Antes do surgimento da Medicina da Beleza, a aparência era valorizada por algumas áreas da medicina de forma marginal, como é o caso da associação entre beleza e maternidade, demonstrada por Rohden (2001) em estudo sobre a medicina dos séculos XVIII e XIX:

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, características da maternidade. Os médicos ‘constatam’ impressionados como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe (Rohden, 2001, p. 16).

No período de maior influência da igreja católica, antes do século XIX, a aparência física era concebida como um dom divino e não como conquista ou possibilidade individual: “Fora deste uso e para além das prescrições médicas, que incluem a higiene do corpo e a cultura física, o embelezamento corre o risco de denotar uma moral duvidosa” (Sant’Anna, 1995, p. 125). A cirurgia plástica estética por muitos anos era encarada dessa forma. Apesar da semelhança entre as técnicas, somente a cirurgia plástica reconstrutiva gozava de prestígio entre os médicos. Sullivan (2001) demonstra como nos EUA a cirurgia plástica estética passou de uma prática marginal, sem espaço para divulgação (antes da década de 1950) para uma especialidade reconhecida, regulamentada e cada vez mais procurada pelos médicos. É nesse período que a cirurgia plástica estética começou a ser aceita entre outros profissionais como atesta o cirurgião plástico no editorial da *Aesthetic Plastic Surgery* abaixo descrito:

Cirurgiões plásticos não necessitam mais discutir atualmente os benefícios da cirurgia estética com paciente ou colegas de outras áreas como fizeram nossos professores. [...] Apesar da cirurgia da aparência (não-reconstrutiva, não-restaurativa) melhorar a qualidade de vida, raramente salva vidas. Não é tão necessária para a sobrevivência física quanto para o melhoramento psicológico (Goldwyn, 2004, p. 357).

A valorização da aparência física como uma das conseqüências da modernidade e a transformação da beleza em mais um produto de mercado, da sociedade de consumo, fazem parte da compreensão desse fenômeno. Mas, como se percebe no excerto acima, ainda havia necessidade de uma justificativa própria da área da saúde para que a cirurgia plástica estética crescesse como especialidade e se legitimasse no meio

médico. Também a partir da segunda metade do século passado, o conceito de saúde deixou de se restringir à ausência de doenças (orgânicas, objetivas), passando então a abarcar todos os fatores que se relacionassem à idéia de saúde como bem-estar geral ou completo. A mesma mudança que permitiu o avanço da medicina social e preventiva e, uma relativização das possibilidades da biomedicina, que intervém em estadios assintomáticos de doenças letais, como o câncer de colo e o de mama, possibilitou, igualmente, associações bastante curiosas. O que imperava era o resultado “prático” e imediato, que relacionava a lipoaspiração abdominal à melhora da auto-estima, por exemplo, já que a causa da angústia ou da tristeza proviria da diferença entre o padrão de beleza (desejado) e o próprio corpo.

Não à toa, a satisfação das pessoas que se submeteram a cirurgias estéticas aparece destacada nos artigos estudados, não importando simplesmente se o resultado da técnica cirúrgica atingira ou não o objetivo delineado. Interessa apresentar também a melhora dos sintomas que levaram-nas a optar pela intervenção, porque são os discursos sobre os benefícios psicológicos como a melhora da auto-estima e da qualidade de vida, os que legitimam essa prática médica, em um tempo no qual viceja a noção abrangente do conceito de saúde. A Medicina da Beleza se coloca, portanto, nesse espaço entre um padrão de beleza corporal e a experiência pessoal do próprio corpo; ou como propõe Bourdieu (2002, p. 81), na “[...] desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros.”

Esse mote levou a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) a modificar a antiga denominação (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora), que separava a cirurgia plástica nas subespecialidades, estética e reparadora, adotando o nome atual. Numa consideração de que as duas áreas lidam igualmente com reparações, sejam físicas e/ou psicológicas, como demonstra Gonçalves (2001, p. 78):

Na clínica particular, os médicos podem levar em conta também a reparação psicológica do paciente, podendo colocar em prática aquele conceito de cirurgia plástica

mais abrangente, em que toda cirurgia estética é reparadora, pois repara “problemas psíquicos” (traumas, inibições, complexos) e não apenas aqueles fisiológicos.

A trilha que se apaga ou que não se quer ver, leva ao entendimento da cirurgia estética como uma reparação psíquica e envolve o processo anterior à insatisfação corporal. O que se esquece é o modo como ocorreu a internalização de uma norma social como a da beleza; ou, no entender de Jacobson (1998), de que modo e a partir de que processos, foi historicamente construída a necessidade de uma intervenção estética como representação do desejo subjetivo e individual.

Para Elias (1994), o que despista essa trilha é o fato de que muitas vezes o comportamento social desejável torna-se automático, como se fosse resultado apenas de nossa vontade ou do interesse de nossa própria saúde. Essa internalização das normas torna as práticas disciplinares mais eficazes. No caso das normas médicas, Foucault (2003) demonstra como a internalização acontece e como ela mesma acaba corroborando, depois, o próprio ato médico:

Ela implica uma aproximação física e um jogo de sensações intensas, de que a medicalização [...] é ao mesmo tempo efeito e instrumento. Engajadas no corpo, transformadas em caráter profundo dos indivíduos [...] sobrepõem-se à tecnologia da saúde e do patológico. E, inversamente, a partir do momento em que passa a ser “coisa” médica ou medicalizável, como lesão, disfunção ou sintoma, é que vão ser surpreendidas no fundo do organismo ou sobre a superfície da pele ou entre todos os signos do comportamento (Foucault, 2003, p. 44).

Para Costa (2004), também não há muito espaço para o sujeito no que ele chama de “tirania da corporeidade”. O sofrimento psíquico não decorreria tanto mais das fraquezas de espírito ou de caráter, de uma moral dos sentimentos, quanto dos defeitos da aparência corporal, de uma moral das sensações. Para ele, a norma da beleza e uma sociedade voltada para as sensações fazem com que haja um novo narcisismo corporal, baseado na perfectibilidade física, trazendo para a exterioridade do corpo, portanto, para o visível e vigiável, o indesejado, o renegado, o recalcitrante. A Medicina da Beleza possivelmente tem um papel duplo nesse jogo: ao mesmo

tempo que desenvolve novas técnicas para criar desenhos corporais e torna obsoleta a meta de perfeição física anterior, é também aquela que permite mais facilmente ao indivíduo atingir, por um breve momento, sua satisfação corporal.

E antes que retornemos à discussão inicial, a do sujeito totalmente sujeitado ou que ainda pode fazer algo com o que o mundo lhe fez, falemos primeiro dos artigos da Medicina da Beleza. Não há, naqueles analisados, menção à influência da moda ou de padrões culturais na definição do corpo ideal. Existe, sim, uma tentativa de formulação de normas naturais de beleza: para cada caso haveria um corpo ideal cujas medidas secretas precisariam ser descobertas. Ou ainda a idéia de uma beleza essencial, em que autores da psicologia e da biologia evolucionista são utilizados para demonstrar um padrão de beleza universal formado por atributos igualmente apreciados em todo o planeta.

Entretanto é difícil compreender a normalidade na Medicina da Beleza, tanto em um sentido como em outro. Como demonstra Canguilhem (1982), o conceito de normal na biologia e na medicina foi construído a partir da frequência do caráter assim qualificado: a quantidade de hemoglobina no sangue e a curva que define peso e estatura normais são exemplos conhecidos. Na Medicina da Beleza o normal não é necessariamente o mais comum, mas o que parece importante é que a abordagem seja a mesma da medicina científica. Esse esforço aparece visivelmente nesse exemplo: “É uma realidade que a anatomia normal do complexo nasolabial com suas dobras e linhas suaves é básico da beleza da face e não deve ser removido completamente ou distorcido. Em vez disso, um esforço para normalizar a anatomia deve ser o padrão ouro de qualquer planejamento cirúrgico” (Sen et al, 2004, p. 308).

A intervenção da Medicina da Beleza cria anormalidades, transforma o mais comum ou o esperado para aquela idade em algo não-usual. Parecer 10 ou 20 anos mais novo do que a idade cronológica é o incomum, mas do texto acima depreende-se o contrário. O que os autores nos dizem é que a intervenção cirúrgica normalizará a anatomia, justamente ao retirar sinais como rugas ou o escurecimento da pele que seriam comuns para aquela idade. De novo, a questão não é apenas a luta contra o envelhecimento, que

talvez seja mais intensa (mas não é uma novidade nos tempos modernos) e sim o fato de que ela não apareça claramente nesses artigos. Prefere-se o caro arranjo da medicina, que envolve o binômio normal/anormal baseado em parâmetros biológicos, como nos demonstra também o estudo abaixo:

Nenhum artigo é encontrado na literatura médica descrevendo os detalhes anatômicos que tornam os glúteos bonitos, nem os defeitos nessa região que podem ajudar o cirurgião a decidir se próteses glúteas são necessárias ou não [...] Os autores estudaram 1320 fotografias de mulheres nuas e mediram 132 pacientes femininas de 16 a 62 anos [...] Com base nas informações obtidas, os defeitos da região glútea foram classificados em 5 tipos, resultando em recomendações cirúrgicas pretendidas para alcançar glúteos o mais próximo possível do padrão de beleza, com o volume certo e projeção [...] O cirurgião deve estar familiarizado com os “sinais” de beleza e um esforço pode ser feito para recriá-los (Cuenca et al., 2004, p. 340).

O padrão de beleza está mais vinculado à medida anatômica “natural” que precisaria apenas “ser encontrada” pelo cirurgião do que à norma social. Não se trata aqui de replicar mais uma vez a moderna separação natural/social, mas ela é importante para o entendimento desse processo. Há características físicas que apenas são valorizadas em algumas culturas e outras que são universalmente desejadas. Existem pessoas dentro de um mesmo contexto histórico que vivenciam diferentemente o processo de envelhecimento. Há contextos históricos que determinam o que uma grande maioria de pessoas aceita como belo. Definir padrões de beleza física e dar a eles o estatuto de natural é eternizar o que para Eco (2004, p. 14) “[...] jamais foi algo absoluto e imutável, mas assumiu faces diversas segundo o período histórico e o país.” Essa abordagem naturalizada da Medicina da Beleza em torno de um tema tão complexo, que sofre inúmeras interferências, reflete o que nos ensina Latour (1994), a respeito da purificação e da hibridização típicas da modernidade. Não importa que soe estranho, mas é preciso ser coerente com o discurso da medicina científica e limpar, excluir, tudo aquilo que não se enquadra; é o que o autor chama de purificação. Ao mesmo tempo em que no dia-a-dia

misturemos um com o outro e criemos os híbridos que tornam a vida possível, menos esquizofrênica.

Essa purificação impede que a Medicina da Beleza, por exemplo, discuta em seus artigos o impacto de sua própria técnica na criação de novas normas ou padrões de beleza, porque a técnica é entendida apenas como meio para se atingir um objetivo que existia primeiro como necessidade. O que não se questiona é a possibilidade de a técnica criar uma necessidade, na medida em que a imagem desse corpo modificado ascende à condição de normal ao freqüentar maciçamente os meios de comunicação. Como afirma Bordo (1993, p. 26), há uma nova norma “[...] atingível apenas através de cirurgias cosméticas contínuas – na qual a superfície do corpo [...] deixa de envelhecer fisicamente à medida que o corpo envelhece cronologicamente.”

Essa nova norma, criada ou influenciada pela técnica, é totalmente apagada dos artigos, como sugere esse próximo trecho que traz os resultados de satisfação daqueles que se submeteram às intervenções: “As primeiras impressões estão muito baseadas nas características faciais e a psicologia tem nos ensinado que um indivíduo mais atraente tem mais chance de receber um melhor julgamento e tratamento. Nós apresentamos evidências que pessoas submetidas à cirurgia plástica facial melhoram sua primeira impressão...” (Dayan et al., 2004, p. 306).

A tecnicização da beleza, ou seja, a criação de novas possibilidades estéticas pela instrumentalização do ser humano pode impor novas normas. A colocação de implantes mamários, por exemplo, é uma técnica recente, de aproximadamente 50 anos. Porém, com o desenvolvimento da técnica amplia-se e molda-se a necessidade, conforme essas novas possibilidades. Como argumenta Jacobson (1998, p. 1255): “[...] a necessidade foi construída conforme cirurgias plásticas medicalizaram o tamanho e a forma das mamas.”

A naturalização da beleza aprofunda-se na visão dos evolucionistas, em especial da psicologia evolucionista, que através de uma série de estudos comportamentais “[...] estabelece a beleza física como um mecanismo adaptativo para a promoção e avanço evolucionário das nossas espécies” (Dayan et al., 2004, p. 301). Nesse caso, a cirurgia plástica

estética surgiu como resultado de um avanço da técnica que passou a permitir o que sempre foi desejado. Características físicas como aparência juvenil, simetria, corpo forte para os homens e magro para as mulheres, entre outras, seriam melhor avaliadas desde sempre, por indicarem uma pessoa mais saudável e, portanto, com melhores chances de garantir uma reprodução também saudável. Afirmção semelhante é encontrada nesse estudo:

Parece que determinadas características faciais como simetria, juventude, e *averageness* são universalmente aceitas como favoráveis. Biólogos evolucionários argumentam que determinadas características faciais são sinais físicos que indicam saúde e adaptação, que leva a uma vantagem seletiva para encontrar parceiros e na propagação da espécie. Indivíduos com essas características [...] provavelmente manejam as forças da seleção natural mais favoravelmente. Biólogos evolucionários também apontam modelos animais para demonstrar que simetria e características medianas são comumente encontradas nas espécies melhor adaptadas (Dayan et al., 2004, p. 304).

Esses exemplos demonstram o caminho que tem percorrido a Medicina da Beleza ao trabalhar uma normalidade para a aparência física. De forma ainda incipiente sustenta-se em medições corporais que buscam padronizar as intervenções, geralmente baseadas, ainda que não se declare, no senso comum de beleza; ou justificam os padrões escolhidos via teoria evolucionista. A purificação do tema pela medicina prossegue ainda com uma patologização da aparência.

Como nos mostra Luz (1993), uma racionalidade médica qualquer é composta de cinco elementos teóricos fundamentais: 1) uma morfologia e uma anatomia humana; 2) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; 3) um sistema de diagnósticos; 4) um sistema de intervenções terapêuticas e; 5) uma doutrina médica. A biomedicina nasce, para Foucault (2003), no final do século XVIII, no momento em que passou “[...] a pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (p. 10).” O raciocínio científico na época e ainda hoje, era marcado por uma concepção mecanicista do mundo, estimulada principalmente por duas disciplinas, a Física e a

Astronomia, que passaram a influenciar através dos seus princípios – reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão e matematização dos eventos – todas as áreas do conhecimento. Essa racionalidade científica foi adotada, a partir da modernidade, pelo saber médico. Foucault (2003) chama essa transformação da medicina de ruptura porque se baseia em uma nova *episteme*:

O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente não é a continuação de um movimento de aproximação que teria se desenvolvido, mais ou menos regularmente, a partir do dia em que o olhar, que começava a ser científico, do primeiro médico se dirigiu, de longe, ao corpo do primeiro paciente; é o resultado de uma reformulação ao nível próprio do saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados (Foucault, 2003, p. 157).

O saber médico se reorganizou a partir do século XIX em torno da teoria das doenças, na qual essas passaram a ter existência autônoma, uma “história natural”, denunciada pela lesão (daí a importância da anatomia patológica) que decorre de uma ou mais causas. Essa estrutura ainda é vigente na medicina, certamente porque responde bem a uma série de problemas, como às doenças infecciosas ou às neoplasias.

Curioso é perceber esse mesmo modelo aplicado à aparência física. Uma de suas características é a classificação diagnóstica das variações indesejadas, o que Foucault (2003) denominou de espacialização primária. Isto é, a mesma doença é confrontada com suas diferentes apresentações, como neste exemplo da Medicina da Beleza sobre as mamas caídas ou ptose: “Nós propusemos uma classificação da ptose pós-parto em 4 grupos e descrevemos o tratamento cirúrgico apropriado para cada categoria de ptose” (Velasco et al., 2004, p. 199). Além de um quadro classificatório para as anomalias, um outro ponto importante que caracteriza a biomedicina e pode ser encontrado na Medicina da Beleza é a criação de uma nosologia, que além de definir uma determinada variação, faz com que ela passe a existir ou como diz Foucault (2003, p. 135) “libera uma verdade constante”. Alguns exemplos são: “hipoplasia dos glúteos”, “ptose mamária”, “defeitos de contorno”, “dobras paralabiais”, “linhas faciais”, “assimetria

mamária”, “deficiências do contorno corporal”, “depósito excessivo de gordura”.

No texto abaixo mais uma ilustração de como a Medicina da Beleza incorpora o tema da aparência física seguindo o modelo padrão da biomedicina, no qual se sobressai a seqüência causa–diagnóstico–terapêutica:

Lipossucção é uma técnica cada vez mais popular no campo da cirurgia estética. A maioria dos pacientes que procuram a lipossucção deseja corrigir uma deformidade do contorno corporal, geralmente causado pela gordura. O objetivo da lipossucção é diminuir ou remover essas áreas gordurosas subcutâneas por meio de cânulas de metal colocadas através de pequenas incisões na pele (Bilgili et al., 2004, p. 226).

A anatomia patológica se somou a esse olhar clínico que separa e segue temporalmente uma variação física indesejada, para fundar o que Foucault (2003) denominou “olhar anátomo-clínico”. Ele permitiu uma nova espacialização da doença, por relacionar a lesão interna (inicialmente invisível) ao conjunto de sinais e sintomas. Para o cirurgião não é somente a anatomia patológica que permite essa reorganização espacial da doença, pois a cirurgia oferece a “[...] vantagem de fornecer elementos de conhecimento das doenças e de sua localização no organismo vivo, *que se move* [grifo da autora], diferentemente da anatomia patológica, que trabalha com cadáveres” (Luz, 1988, p. 89). Nos artigos analisados, o olhar do cirurgião plástico estético também revela essa espacialização, isto é, o encontro da variação visível com um substrato anatômico previamente conhecido. Um exemplo do olhar anátomo-clínico:

A base da beleza facial é simetria, equilíbrio e proporção. As maiores forças responsáveis pelo envelhecimento da face são gravidade, amadurecimento do tecido mole, remodelamento do esqueleto, atividade muscular facial e alterações solares. Envelhecimento no terço superior da face se manifesta como ptose da região frontal, glabellar e da sobrancelha. Iniciando da metade para o final dos 30 anos, as alterações tornam-se aparentes em toda a face. Rugas e pequenas linhas aparecem em torno dos olhos e da boca e, as pálpebras superiores e inferiores começam a cair (Maio, 2004, p. 295).

A busca de uma causalidade na medicina está associada à definição prévia e arbitrária de um evento, geralmente indesejável (segundo critérios de quem assim o define), que se quer estudar e sobre o qual se pretende intervir. Como afirma Canguilhem (1982), a esse respeito, é preciso que a anomalia seja arbitrariamente definida como um problema para que a ciência a estude: “A anomalia só é conhecida pela ciência se tiver sido, primeiro, sentida na consciência, sob a forma de obstáculo ao exercício das funções, sob a forma de perturbação ou de nocividade” (p.104). A associação de uma causa à identificação de um substrato anátomo-fisiológico (como a perda de líquido no espaço intersticial ou a diminuição de algum tecido – como o da glândula mamária) representa, para Canguilhem (1982), o processo que leva à patologização de uma anomalia: “[...] desde que a etiologia e a patogenia de uma anomalia são conhecidas, o anômalo torna-se patológico” (p. 108).

Seguindo essa mesma lógica, poder-se-ia encontrar uma patologia da beleza nos artigos analisados. As lesões anatômicas surgem nesses estudos como estruturas alteradas, responsáveis pela aparência externa indesejável: “Ptoses mamárias geralmente resultam de alterações involutivas do pós-parto ou da amamentação caracterizadas por diferentes graus de atrofia da glândula mamária, flacidez da pele e ptose do complexo mamilo-areolar” (Velasco et al., 2004, p. 199). Nesse caso, os autores associam à causa da ptose mamária, que seria consequência do parto ou da amamentação, uma lesão tecidual da glândula mamária, da pele e dos tecidos que sustentam o complexo mamilo-areolar. A idéia de uma lesão associada à causa, um *locus causal*, como já dissemos, é fundadora da racionalidade biomédica.

A busca da localização última de uma lesão causal é uma disputa constante na medicina, segundo Camargo Jr. (2003). No caso da Medicina da Beleza, a maioria dos trabalhos aponta para uma lesão anatômica, mas que pode ser decorrente de uma predisposição genética, de alterações celulares ou de influências do meio ambiente.

O processo que apresentamos, esse caminho que percorre a medicina diante de um novo tema, é um bom exemplo de medicalização. Ocorre, nesse caso, um verdadeiro

processo de purificação através do qual se passa a explicar um tema extremamente complexo, permeado pelo senso comum, apenas a partir de um recorte (como o da biomedicina). No caso da beleza, os híbridos certamente estão espalhados por aí e proliferam os cirurgiões estéticos que sabem que a Medicina da Beleza não é exatamente uma ciência purificada; assim como os operados que não se sentem nem um pouco doentes ou portadores de lesões ou de órgãos defeituosos, mas que simplesmente desejavam um corpo diferente, como quem compra uma roupa nova.

Em nosso estudo não analisamos esses aspectos. Prendemo-nos às curiosas formas de transformação de um tema pela medicina, mas é certo que a verdade dos cirurgiões estéticos não pode ser reduzida aos trechos que recortamos e apresentamos aqui limpos e belos, assim como a pele brilhante e lisa que mesmo após a cirurgia ainda guarda abaixo de si o retalho, os fios, a prótese, a coleção de sangue, alguma história que foi apagada (ou que se tentou apagar). De todo modo, não deixa de ser interessante olhar para essa superfície.

Referências

AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, ASPS (EUA). National Plastic Surgery Statistics. *Cosmetic and Reconstructive Procedure Trends 2000-2003*. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004a.

AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, ASPS (EUA). National Plastic Surgery Statistics. *Cosmetic Surgery Trends 1992, 1998, 2002, 2003*. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004b.

BILGILI, Yasemin et al. Quantitative analysis of liposuction with b mode ultrasound. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 28, n. 5, p.226-227, 2004.

BORDO, Susan. *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley: University Of California Press, 1993. 366 p.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p. Tradução de Maria Helena Kühner.

- BRETON, David Le. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papyrus, 2003. 242 p.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003. 195 p.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. 274 p.
- COSTA, Jurandir Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 244 p.
- CUENCA-GUERRA, Ramon; QUEZADA, Jorge. What makes buttocks beautiful? a review and classification of the determinants of gluteal beauty and the surgical techniques to achieve them. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 28, n. 5, p.340-347, 2004.
- DAYAN, Steven; CLARK, Kirk; HO, Allan A.. altering first impressions after facial plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 28, n. 5, p.301-306, 2004. Bimestral.
- ECO, Umberto. (Org.). *História da beleza*. Rio de Janeiro: Record, 2004. 440 p.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p.
- GOLDWYN, Robert M.. Who can have aesthetic surgery? *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 28, n. 6, p.357-358, dez. 2004.
- GONÇALVES, Isabela Lopes. *Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro*. 2001. 142 f. Dissertação (de Mestrado) - Antropologia Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2001.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, ISAPS. *ISAPS Statistics: comparisons 2002-2003-2004*. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Stats2004CompRes.asp>>. Acesso em: 12 fev. 2006.

JACOBSON, Nora. The socially constructed breast: breast implants and the medical construction of need. *American Journal of Public Health*, v. 88, n. 8, p.1254-1261, 1988.

LATOUR, Bruno. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: Edusc, 1999.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Ed. 34, 1994.

LUZ, Madel T. *Natural, racional, social: Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAFFESOLI, Michel. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes. 1999.

MAIO, Mauricio. The minimal approach: an innovation in facial cosmetic procedures. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 28, n. 5, p.295-300, 2004.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 224 p.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. (Org.). *Políticas do corpo: Elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. 194 p.

SEN, Cenk; CEK, Deniz I.; REIS, Mehmet. Direct skin excision fat reshaping and repositioning for correction of prominent nasolabial fold. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 28, n. 5, p.307-311, 2004.

SULLIVAN, Deborah A.. *Cosmetic surgery: the cutting edge of commercial medicine in America*. New Jersey: Rutgers University Press, 2001. 235 p.

VELASCO, Manoel Garcia; ARIZTI, Pablo; TOCA, Rodrigo Garcia. Surgical correction of the "small" postpartum ptotic breast. *Aesthetic Surgery Journal*, v. 24, n. 3, p.199-205, 2004.

WOLF, Naomi. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

NOVOS PARADIGMAS E SAÚDE*

André Martins

Este artigo procura situar os estudos epistemológicos do campo da Saúde dentro de uma história da filosofia e da racionalidade experimental. Através da apresentação de um novo paradigma científico, ontológico e epistemológico – paradigmas quântico e espinosiano, paradigmas da não-separabilidade, da continuidade do descontínuo –, isto é, de uma nova relação entre natureza e cultura e, por conseguinte, de uma nova concepção do ser humano, da ciência e da razão, procura propor uma redefinição dos conceitos de vida e de morte, de saúde e de doença.

Pequena genealogia da racionalidade experimental

A ciência clássico-moderna tem uma dupla origem. Do final do século XII, quando a obra de Aristóteles chegou ao ocidente via filósofos árabes interpretados pelos escolásticos, até Copérnico, a ciência se baseava nos escritos de Aristóteles. Este, propunha uma ciência do universal, e não do particular e, para isso, um método lógico de demonstração de verdades universais e necessárias, enfatizando no entanto a importância da pesquisa experimental e da investigação da natureza.

Isso porque, para Aristóteles, as essências, que são as formas, e que definem a universalidade das coisas, se encontram tão somente incorporadas ou encarnadas na matéria; elas não se encontram portanto, como para Platão, em um mundo à parte servindo apenas de modelo exterior para as coisas. Logo, se as essências só existem nas próprias coisas, então apenas a observação da natureza poderá informar sobre elas. Ou ainda: enquanto para Platão a essência do homem era a idéia de homem pré-existente no mundo das idéias, da qual os homens particulares participam, por dela serem cópias, de modo que não seria necessário sequer a existência de homens particulares para a existência da idéia de homem, para Aristóteles, a idéia

*Artigo publicado anteriormente na *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

(chamada forma inteligível, pois, justamente, é passível de apreensão pelo intelecto), de homem, no caso, não existe previamente à coisa, aos homens particulares, mas sim é, da observação destes, apreendida intelectualmente. Ou seja, para Aristóteles, o intelecto somente apreende o universal *a partir* dos particulares. O raciocínio lógico serve portanto somente como garantia de que os universais foram apreendidos corretamente, isto é, de que a matéria e os sentidos não nos enganaram nesta operação intelectual.

Mas a história modificou a importância dada por Aristóteles à observação: a escolástica, sobretudo a escolástica dita tardia, tomou os escritos de Aristóteles não como resultados da prática de seu pensamento e de sua observação, mas como verdades incontestáveis em si; enfim, tomou-os como dogmas, e tomou o raciocínio segundo a lógica aristotélica como uma prova da veracidade de suas afirmações específicas, independentemente do que se observa na natureza¹.

Copérnico, em 1543, em seu livro *Sobre a revolução das orbes celestes*, defende o sistema heliocêntrico, baseado em cálculos (segundo uma inspiração pitagórico-platônica, que considerava a matemática como a linguagem apropriada para se obter a verdade da natureza). Giordano Bruno (1548-1600), padre dominicano e cosmólogo copernicano, contestou em seus livros os dogmas escolástico-aristotélicos (tendo, por isto, sido queimado nas fogueiras da Inquisição, em 1600). O astrônomo copernicano Galileu (1564-1642), por sua vez, comprovou, através da utilização do telescópio, a tese de Copérnico (tendo sido por isso julgado pela Inquisição e absolvido, em 1633, somente ao negar que tivesse dito que a Terra gira em torno do Sol, acrescentando depois: “mas ela gira”). Em sua obra *O ensaísta* (1623), Galileu contesta veementemente, em polêmica contra o aristotélico Sarsi, o princípio de autoridade, contrapondo a este o da verificação da experiência.

¹ Marcondes Filho (1997: 150), em sua *História da Filosofia*, lembra que “Tomás de Aquino (*Suma teológica* I, q.32, a.1), por exemplo, defende Aristóteles contra os astrônomos de Alexandria, sustentando que, enquanto esses baseavam suas hipóteses em observações e cálculos, a teoria aristotélica era deduzida de primeiros princípios sendo, portanto, mais verdadeira. Rejeita assim a verificação de uma hipótese como um argumento para a sua aceitação, argumentando que a verificação, por definição limitada e imperfeita, não pode suplantiar os princípios metafísicos estabelecidos racionalmente, nem tampouco as verdades universais e necessárias deduzidas logicamente. Segundo esta visão, é mais importante salvar a física aristotélica – e portanto seu sistema como um todo, sua unidade e coerência interna –, do que salvar os fenômenos.”

Francis Bacon (1561-1626), em seu *Novum Organum* propõe a união da razão e da experiência, inaugurando o método indutivo-experimental, visando “a descoberta das formas e dos movimentos ocultos, que estão na origem das propriedades de base ou da natureza das coisas”.

É curiosamente através de um neo-platonismo – devido à importância dada à matemática na busca da verdade –, que a experiência, característica não platônica mas aristotélica, volta à cena da ciência. No entanto, sempre trazendo consigo o desejo de alcançar idéias válidas universalmente, leis universais que informem do mundo a sua essência.

O mecanicismo toma a frente da ciência definitivamente com Newton (1642-1727) e seu *Philosophiæ naturalis principia Mathematica* (1687), introduzindo a noção de força e a lei de gravitação universal: planetas e corpos terrestres seguem uma mesma lei, contrariando a cosmologia aristotélica segundo a qual haveriam leis distintas para os mundos supra e sub lunar.

Descartes (1596-1650) enunciou o método que sintetizou os princípios do reducionismo, do mecanicismo e do racionalismo: considerar o corpo como uma máquina, e a razão como separada deste, é o que permite o projeto de objetivação da natureza-objeto, em oposição a um ego-sujeito que então a ordena, domina e manipula, dividindo-a em quantas partes for possível.

Em 1814, na introdução de seu *Ensaio filosófico sobre as probabilidades*, Laplace enunciaria a tese do determinismo universal, caracterizando a física clássica em seu mecanicismo, determinismo, reducionismo e positivismo (in Pomian, 1990):

Uma inteligência que por um instante conhecesse todas as forças pelas quais a natureza é animada e a situação respectiva dos seres que a compõem, se ela fosse vasta para submeter estes dados à análise, abraçaria na mesma fórmula os movimentos dos maiores corpos do universo e do mais leve átomo; nada seria incerto para ela, e o futuro, como o passado, estaria presente a seus olhos. A mente humana oferece, pela perfeição que soube dar à Astronomia, um esboço desta inteligência. Suas descobertas em Mecânica e em Geometria, juntas à da

gravitação universal, o puseram em condições de compreender, nas mesmas expressões analíticas, os estados passados e futuros do sistema do mundo. Aplicando o mesmo método a outros objetos de seu conhecimento, ele conseguiu trazer a leis gerais os fenômenos observados, e a prever aqueles que circunstâncias dadas devem fazer eclodir. Todos estes esforços na busca da verdade tendem a aproximá-lo ininterruptamente da inteligência que acabamos de conceber, mas da qual ele restará sempre infinitamente distante. Esta tendência própria à espécie humana é o que a torna superior aos animais, e seus progressos neste gênero distinguem as nações e os séculos e fazem sua verdadeira glória.

Neste célebre texto de Pierre-Simon Laplace, resume-se o ideário da idéia de ciência que prevaleceu durante toda a modernidade, que ainda se faz ver em parte do imaginário de nossos dias, mas que – notadamente a partir da física quântica mas também dos fracassos civilizatórios desta razão dominadora da natureza (bomba atômica, catástrofes ecológicas, desenvolvimento insustentável, esgotamento progressivo dos recursos do planeta, geração de bolsões de miséria, “efeitos colaterais” do “progresso” do homem sobre a natureza e de certas nações, detentoras desta racionalidade, sobre outras, que não a detêm) – dá lugar em nossos dias a uma redefinição das idéias de ciência e de razão, assim como de saúde e de doença, como veremos.

O ideário da ciência moderna se define, portanto, como vemos no trecho laplaciano supracitado, da seguinte maneira: a complexidade do mundo em contínuo devir pode e deve ser reduzida a leis pelas quais seus movimentos, complexos, podem ser tidos como mecânicos. As leis mecânicas aparecem assim como as regras ocultas que regem a natureza, e que podem ser desta apreendidas submetendo-se a natureza a experiências, sendo estas determinadas e analisadas pela razão, pela inteligência humana. Assim, o homem racional poderá prever e, portanto, determinar, pela análise do presente e do passado, o que ocorrerá no futuro, conquanto controle as variáveis presentes. A inteligência humana, deste modo, se aproxima da inteligência divina. O Deus medieval morreu, mas em seu lugar erige-se um outro

Deus, o Homem, em certo sentido ainda mais potente, pelo fato de poder dominar e manipular a natureza a seu grado. A natureza, a ser dominada e submetida, constitui-se não somente nos reinos vegetal e mineral e nos animais não racionais – autômatos, segundo Descartes, objetos para servir ao homem, segundo Kant –, mas também nos animais racionais por definição, porém desnaturados pela distância (atribuída pelo Homem e pela Ciência) para com a razão calculante, a saber: mulheres e crianças; assim como nos povos, raças e nações igualmente distantes desta racionalidade científica (cientificista), assim definida.

Tudo começou, como era de se esperar, com Platão. Em termos de ideário de civilização, começou com Platão; em termos psíquicos, podemos compreender sua empreitada humanamente: diante das mudanças, no mundo, nas relações, em nós mesmos, nossa civilização optou por denegá-las, controlá-las, por diminuir os imprevistos e se possível anulá-los. Fugir da dor, do tempo, do perecimento, da espiral da vida que contém necessariamente a morte e pequenas “mortes”; tender, portanto, a Deus, à perenidade, imutabilidade, imortalidade e onipotência de Deus, para não mais se ver às voltas com a imperfeição dos corpos. O ideário da ciência é, pois, fruto de uma visão de mundo – datada e não necessária – que encontra seus primórdios na filosofia e no empreendimento de Platão: buscar a segurança da imortalidade, só é possível naquilo que não perece, isto é, no imaterial – no ideal, na idéia, no inteligível, aos quais alcançamos através da razão. Platão fora o primeiro, portanto, a menosprezar o corpo, a matéria e os sentidos. A menosprezar o mundo real em prol de um mundo moral, racional, idealizado. A *sentir* a vida como perigosa, e a *desejar* uma ordem que a cristalize, que a domine, que a controle, que legisle. E este domínio somente pode se dar a partir daquilo que nos leva para o mundo do controle, do não-tempo: a razão, que deve, pois, impor sua lei sobre o real, a carne, o corpo, a matéria, a natureza, assim como sobre os entes e os povos que não a detêm.

Quando Descartes, cerca de dois mil anos depois, propõe que as idéias claras e distintas são aquelas que não se

deixam misturar aos sentidos, pois o corpo é a fonte da confusão e obscuridade das idéias; ou quando Kant deseja estabelecer uma razão pura que legisle sobre a experiência; estão apenas desenvolvendo esta história de uma razão considerada em sua separação – desejada pelo intelecto e assim idealizada por ele – do corpo da natureza, assim como de seu próprio corpo. O Deus platônico, aristotélico e medieval apenas refletia o desejo humano, demasiado humano, de segurança e controle dos imprevistos. Com o advento da ciência moderna, o Homem que destronou Deus – esse, portanto, já criado à sua imagem e semelhança – não é o indivíduo, a pessoa real, mas o homem que acreditou que os poderes que ele havia atribuído a Deus podiam ser atribuídos ao próprio homem, conquanto que este se identificasse não a si mesmo, indivíduo ou pessoa real, mas à sua razão universal, ao seu entendimento apriorístico, às leis que sua razão impusesse a si próprio enquanto indivíduo uno, não só mente, mas mente junto ao corpo e vice-versa, sem hierarquia ou distinção de valor entre estes dois aspectos de um ser complexamente uno.

A crise da ciência anuncia a falência justamente desta visão segundo a qual a identidade imposta pela razão, pela idéia, ao indivíduo, é mais definidora de si do que sua própria realidade somatopsíquica. Ou seja, a ciência moderna surgiu de uma dupla exigência: origina-se, decerto, da necessidade de experimentação, rompendo assim com a ciência medieval; porém, esta experimentação é exigida em nome de um princípio oriundo tanto do platonismo quanto do aristotelismo: a busca dos universais. Pois o empirismo, assim como o pragmatismo, busca, na cientificidade, alcançar conhecimentos verdadeiros, verdades ‘comprovadamente’ universais. A idéia de ciência traz em seu bojo a idéia correlata de uma redução do real a um duplo que descreva seus princípios essenciais, de tal modo que não mais precisemos do real, nos bastando as leis apreendidas, a experiência laboratorial, para, por elas, manipular o porvir. A idéia, portanto, de que a razão (ou seus correlatos: o entendimento, o intelecto, a mente, etc.) se encontra acima da natureza, fora desta, separável do mundo que ela observa e manipula. Natureza e cultura, nesta perspectiva, são antagônicos e neste sentido se excluem – tal

qual a idéia e a matéria, desde Platão, passando por Aristóteles, Descartes, Kant, Hegel, Freud, Lacan. Antigo paradigma.

O paradigma clássico nas “ciências da vida”

A “ciência biológica” surgiu junto com o nascimento da ciência clássica, mais precisamente com o mecanicismo de Descartes, segundo o qual o corpo é uma máquina, que vive e funciona como uma máquina, logo, sem princípio vital algum. Esta separação radical entre *res cogitans* e *res extensa*, tomando esta última como absolutamente inanimada e, no entanto movente, é o que permitiu a imposição da mecânica como modelo científico de explicação e investigação não somente dos seres inanimados como também do corpo dos seres vivos, dando assim origem à biologia. A biologia surgiu, portanto em oposição à “História Natural” que, aristotelicamente, buscava classificar os seres segundo sua essência ou quiddidade (expressa em sua definição, isto é, precisamente, em sua classe).

É, no entanto, sobretudo a partir de Claude Bernard – com seus livros *Introdução ao estudo da medicina experimental* (1865) e *Lições sobre os fenômenos da vida* (1878), onde afirma que “para encontrar a verdade, basta que o cientista se ponha frente à natureza e a interrogue seguindo o método experimental com a ajuda de meios de investigação cada vez mais perfeitos” (1966, p. 306) – que a biologia se estabeleceu como “ciência”. Com Bernard e Descartes, opunha-se o mecanicismo e o reducionismo ao paradigma naturalista, basicamente aristotélico, caracterizado, por um lado, pelo animismo e vitalismo – que afirmavam que a vida seria fruto de uma força ou princípio vital, ou alma, diferente tanto do corpo quanto da mente –, e por outro, pelo finalismo e teleonomia – segundo os quais a vida segue um projeto pré-determinado, existe para uma finalidade previamente estabelecida (para Aristóteles, por exemplo, o olho teria como causa final a visão, isto é, o olho existiria para realizar sua finalidade que é ver).

A biologia torna-se então o discurso de referência sobre a vida (também a partir de Lamarck e Darwin que se opuseram ao fixismo aristotélico das espécies). Porém esta “vida”, por sua vez, torna-se um *objeto* da “ciência biológica”:

reduzindo a vida à categoria de objeto de ciência, perde-se seu caráter particular, real. Como escreve François Jacob, a ciência biológica não descreve mais a vida, mas apenas estabelece uma lógica do ser vivo: “Hoje nos laboratórios não se interroga mais a vida [...]. Esforça-se somente em analisar os sistemas vivos, sua estrutura, sua função, sua história [...]. É pelos algoritmos do ser vivo que se interessa hoje a biologia” (Jacob, 1970, p. 320-321).

Em geral os cientistas têm consciência de que trabalham com reduções, com objetos laboratoriais simplificados e não com objetos reais complexos, mas em geral acreditam que a simplificação laboratorial desvela a essência do objeto complexo real, e não o contrário – que consistiria em perceber que a essência do objeto real é complexa, e que a abstração científica a perde em prol de uma operacionalidade técnica. A crença ainda hoje predominante é a de que a redução mecânica é mais verdadeira do que a complexidade real, ou ainda: que a redução formal indica (aristotelicamente), do ser real, a “verdade” última e primeira. É o que prevalece também para as pessoas em geral, posto que os próprios cientistas alimentam este mito da cientificidade: o que é “científico” vale mais, é mais verdadeiro, pois foi “provado” laboratorialmente, “cientificamente”.

No tocante às ciências da vida, Bruno Giuliani, em seu livro *“Crítica genealógica do discurso biológico”*, demonstra o quanto existe “uma propensão da racionalidade científica moderna a uma interpretação naturalista, não somente metodológica, mas ideológica, da realidade biológica”. Ou seja, a ciência não seria mistificadora, ideológica e a-científica se o reducionismo, o mecanicismo, o determinismo, caso eles fossem apenas metodológicos, instrumentos operacionais redutores de uma realidade que se sabe essencialmente e efetivamente complexa; a mistificação perversa da ciência surge quando reducionismo, mecanicismo e determinismo tornam-se positivismo e cientificismo, isto é, uma ideologia, segundo a qual ciência é sinônimo de redução e esta, por sua vez, diz (desvela, determina ou estabelece) a essência da realidade, a ordem do diverso sensível, caótico que seria sem ela.

O objeto da ciência, sobretudo da ciência clássica, é um objeto abstrato, uma categoria, uma idealização, abstraído do mundo real imanente; um universal buscado na experiência laboratorial que não é a experiência vivenciada no mundo, mas sua simplificação. Como afirma Granger: “entendo por objetos, não mais o que é dado com seus conteúdos intuitivos em uma experiência, mas o que visa um pensamento submetido a regras formais, resultado de uma organização e de uma idealização da experiência” (1992, p. 9).

Ou ainda, como escreve Giuliani:

Contrariamente ao que as práticas correntes da comunicação, da vulgarização e mesmo do ensino científico deixam parecer, o objeto descrito pela ciência, o ‘real’ ao qual o discurso científico reenvia, não é o objeto concreto diretamente observável na experiência, pertencente ao real imanente vivido como tal [...]. O objeto científico é um objeto artificial, virtual, conceitual, cuja existência é antes de tudo simbólica. [...] O referente do discurso científico não é, portanto, o real ao qual o discurso comum reenvia, a realidade quotidiana [...], mas a transposição desta realidade em um real imaginário e fictício, transcendente em relação à experiência individual e acessível unicamente por uma experiência de pensamento segundo regras precisas e restritivas (1995, p. 38-39).

De modo que:

a ‘vida’ da qual falam as ciências ditas ‘da vida’ somente existe no espaço imaginário da representação teórica, como um objeto abstrato, uma imagem criada pelo discurso de estruturas que o senso comum designa como ‘seres vivos’. [Contudo,] a vida não é um ser objetivo, mas algo vivido. Para a representação dos seres vivos que a linguagem científica apreende, somente ‘existem’ os indivíduos que permitem a objetivação: estruturas moleculares, celulares, corpos objetivados, populações. Porém, fora do reducionismo do pensamento abstrato, na realidade imanente a vida existe (1995, p. 178).

Para a ciência clássica, para sua ideologia, como para a biologia e a correlata medicina atual que se pretende “científica”, os corpos objetivados dizem a verdade dos organismos reais que adentram o consultório ou o ambulatório

com queixas, sofrimentos, sentimentos, afecções, afetos, expectativas, alegrias e tristezas. O reducionismo não é mais instrumento, para tornar-se ideologia, crença de que a ciência deve cuidar apenas do que é redutível e objetivável, e de que esta objetivação “científica” corresponde à realidade de seu objeto real, dos corpos simbólicos-e-biológicos, culturais-e-naturais.

A representação laboratorial se cobre da aura de uma estrutura reveladora ou determinadora da essência (e, portanto, da cura) do real, distinta porém deste real imanente, vivencial e complexo. O objetivo da ciência passa a ser o de legislar sobre a vida, apresentando uma outra ‘vida’ (a “biológica”, para a medicina, a “simbólica” para certas correntes psicanalíticas) como sua verdade ou sua lei.

Assim, para o racionalismo de C. Bernard, por exemplo, “fora da intervenção da mente, só há no organismo, enquanto realidade objetiva, uma variedade de atos, de fenômenos materiais, simultâneos ou sucessivos, espalhados todos os seus elementos. É a inteligência que apreende ou estabelece seus vínculos e suas relações, isto é, sua função” (1878, p. 371) Fora da mente, acredita Bernard, a realidade é um diverso sensível caótico, que a razão organiza – apreendendo aristotelicamente suas leis e buscando seus fins, ou determinando-as kantianamente segundo uma teleologia.

Canguilhem e Foucault

Georges Canguilhem, discípulo de Gaston Bachelard, notabilizou-se por seu livro *O normal e o patológico* (onde critica a concepção de normalidade e de patologia de Claude Bernard e de Auguste Comte² segundo os quais “os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, apenas com variações quantitativas”; (Canguilhem, 1966, p. 9), e por suas pesquisas epistemológicas de historiografia científica. Nestas, embora não acredite que há uma cientificidade absoluta, ou critérios absolutos de

² Concepção, aliás, bem próxima da de Freud, que define a normalidade não como uma capacidade de mudar, interagindo com flutuações internas e externas, mas como um mínimo de conflito, determinado pela normalidade social e garantido pelo fortalecimento do ego, contrariamente à patologia que corresponderia ao não alcance deste mínimo, atribuído a um ego não suficientemente sólido para contrapor-se aos conflitos internos ou externos. Em outros termos, esta diferença corresponde a aproximar a normalidade da neurose e não, por exemplo, do borderline (cf. Armony, 1998).

cientificidade – mas sim que a história das ciências permite determinar bachelardianamente racionalismos regionais, sendo estas regiões as várias ciências (da natureza, da vida, do homem...) –, Canguilhem mantém a idéia de que a racionalidade é uma só; e de que sua história é, portanto, a história de seu progresso. Em outras palavras, Canguilhem acredita que a racionalidade atual é o resultado da evolução da racionalidade até o momento atual; de modo que contar a história das ciências equivale a “analisar a superação dos obstáculos, o desaparecimento dos preconceitos, o abandono dos mitos, o que torna possível o acesso à racionalidade” (Machado, 1981, p. 9). Assim, a epistemologia de Canguilhem constitui “uma crítica do negativo da razão”, uma vez que “a ciência é o lugar próprio do conhecimento e da verdade e, como tal, é instauradora de racionalidade” (Machado, 1981, p. 9).

Canguilhem busca, assim, operar uma “epistemologização” coerente sobre os trabalhos científicos na história, isto é, incluí-los em um “sistema de conceitos críticos ou normativos”, visando a uma “contribuição à cientificidade da medicina” (Canguilhem, 1977, p. 10-11). Visa, portanto, “estabelecer as interrelações conceituais que permitem definir a racionalidade das teorias” (Machado, 1981, p. 30), isto é, julgar as ciências e o passado das ciências, segundo sua racionalidade – a racionalidade atual sendo tomada como parâmetro, pois é considerada a mais perfeita dentro do progresso da ciência em questão. “O julgamento do passado a partir do presente distingue uma história ultrapassada, superada, caduca, abandonada, e uma história sancionada, ratificada pela atualidade científica” (Machado, 1981, p. 49). É o que caracteriza a normatividade de sua história das ciências, pois para Canguilhem, a ciência define uma racionalidade regional que a normatiza, isto é, impõe seu jugo sobre a ciência do passado, com o objetivo de, como pretende Bachelard, “distinguir o erro e a verdade” (In *L'activité rationaliste de la physique contemporaine*, 1951, p. 24, *apud* Machado, 1981, p. 45):

O historiador procede das origens para o presente, de modo que a ciência de hoje é sempre em algum grau

anunciada no passado. O epistemólogo procede do atual para seus começos de modo que apenas uma parte do que ontem era considerado ciência, se encontra, em algum grau, fundada pelo presente. Ao mesmo tempo que ela funda – nunca, bem entendido, para sempre, mas sempre novamente – a ciência de hoje destrói também, e para sempre (Canguilhem, *L'histoire des sciences dans l'oeuvre épistémologique de Gaston Bachelard*. In: *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, 1968, p. 178-179, apud Machado, 1981, p. 49).

Já a arqueologia de Michel Foucault, escreve Machado, “pretende ser uma crítica à própria idéia de racionalidade” (1981, p. 11), abandonando, por conseguinte, a idéia de cientificidade e o próprio conceito de ‘ciência’ (trocado pelo de ‘saber’).

Foucault, embora reconhecesse ter aprendido com Canguilhem “que a história das ciências deve ser conceitual”, foi talvez o primeiro epistemólogo a abordar a medicina como ciência ‘do homem’, e não ‘da vida’, o que vale dizer, como uma ciência social, política e histórica, e não somente biológica, denunciando, por detrás do desejo de cientificidade e neutralidade da biologia e da medicina, uma ideologia e um poder. “Foucault me ajudou a reconhecer a existência histórica de um poder médico duvidoso”, afirmaria Canguilhem (1994, p. 34) trinta anos após ter sido membro da banca do Doutorado de Foucault (com a tese *A história da loucura*). A historialização proposta por Foucault vincula a produção dos saberes com seu contexto histórico, social e político, desconstruindo sua pretensão a uma neutralidade e cientificidade, ainda que dentro do âmbito regional de uma mesma ciência (ou de um mesmo saber).

Canguilhem, embora represente “o organismo em uma relação ativa com o ambiente, radicalizando a dialética entre meio interno e meio externo formulada por C. Bernard, pois passaria a incluir o comportamento” (Birman, 1991, p. 18), considera a medicina somente a partir do conhecimento do organismo, fundada sobre a biologia; enquanto que para Foucault, como sintetiza Joel Birman,

a ênfase é dada no indivíduo, e não no organismo, de maneira que é importante destacar as múltiplas relações

das individualidades no espaço social. O fundamental no discurso da medicina não seria o reconhecimento da capacidade inerente ao organismo de produção de normas, mas a imposição ativa de normas sobre as populações, regulada pela medicina. A este processo Foucault denomina normalização. (1991, p. 19)

Em outras palavras, Foucault chama a atenção para o fato de que o que está em questão, quando se fala da vida, são os corpos reais, portanto considerados não apenas enquanto organismos – muito menos objetivados e normatizados por uma racionalidade científica redutora –, mas enquanto indivíduos relacionais, simbólicos, históricos, sociais e políticos.

Se a biologia investiga “os algoritmos do ser vivo”, a medicina “científica” tomou (e toma ainda hoje) estes algoritmos como o próprio ser vivo, ou como a sua “verdade racional”. Os estudos de Foucault denunciam que, no momento em que a ciência acreditava estar sendo o mais possível “científica” e “objetiva”, ela estava em realidade construindo o mais ideologicamente seu objeto, cega justamente pela confiança em seu próprio “progresso”, em sua própria história, estabelecendo uma construção tão mais perversa e mitificadora (e portanto a-científica) quanto mais se acredita uma não-construção, quanto mais se naturaliza como algo objetivo, concreto, real, neutro ou, em uma palavra, “científico”.

A ciência é possível?

Bachelard e Canguilhem acreditavam na racionalidade, considerada como a busca de certezas universais (ainda que apenas no âmbito “regional” de uma dada ciência), na cientificidade e no progresso da razão, na história como evolução.

Foucault desconstrói estas crenças mostrando que cada época produz sua forma de saber e de fazer, sua “crença” em uma dada cientificidade.

Se a medicina “promove as regulações entre a ordem vital e a ordem social (...), legitimando as práticas sociais que realizariam a gestão das relações entre a ordem da natureza e a ordem da cultura” (Birman, 1991, p. 19), parece-nos que ela tem diante de si a tarefa de incorporar, conciliar e integrar

em seu saber este duplo aspecto, biológico e social, correspondendo a um análogo duplo aspecto do ser vivo, de organismo (composto de e interagindo biologicamente com outros organismos, dentro de si e no meio ambiente) e de indivíduo (social, relacional, afetivo, ambiental).

Se é verdade que em Canguilhem há uma idéia de progresso, de cientificidade, de racionalidade platonicamente legisladora e normatizadora do mundo sensível, também parece verdadeiro que a desconstrução de Foucault somente ganha algum sentido efetivo se abrir caminho para, como ele mesmo dissera, “pensar diferente”.

Como? Como então poderia se dar a emergência (“estética”, se quisermos chamar assim) do novo? Afinal, sem a descontinuidade trazida pela emergência de novos modos de ser, apenas diagnosticar o presente pode tornar-se uma forma de simplesmente corroborá-lo, reificá-lo, naturalizá-lo – o oposto da proposta foucaultiana –, impedindo assim a ação e a criação, levando a uma resignação, fruto de uma “normalização” da própria denúncia do poder tornada absoluta, tornando-o Lei.

Proponho considerar o natural não mais como a lei do cultural, nem o cultural como determinando a lei do natural – um e outro na verdade acarretam uma ação moral e não científica: a lei “natural” normatizada e instituída “cientificamente” pelo homem, logo culturalmente, tem a função de normalizar os homens reais, classificando-os como mais ou menos “naturais” –, mas sim considerar a cultura como um modo da natureza, de modo que o cultural não deseje mais se excluir do natural, se livrar dele, ir contra ele (isto se mostra sempre impossível, justamente porque o homem é constitutivamente um modo da e na natureza). Natural e cultural, deste modo, se tornam o que são: dois aspectos de uma mesma realidade – de um mesmo ser humano, por exemplo. Assim, o cultural indica como o homem é neste dado momento, enquanto que o natural indica como este homem cultural pode ser, abrindo para o indivíduo efetivo, real e imanente uma potencialidade indeterminável. Penso assim em uma potência capaz de diferentes rumos de transformação social, ambiental, física e psíquica, embora esta

transformação se dê na imanência do presente, portanto de modo singular e não passível de uma pré-determinação ou previsibilidade total (que sequer seria desejável como tal, pois que não seria mais do que uma idealização).

Proponho, assim, que o novo emerge de um campo de continuidade borbulhante que nos constitui a todos e a cada um; que nos permite ser sempre, queiramos ou não, mutantes, cambiantes, em transformação. Falo da possibilidade de considerações atemporais, extemporâneas, intempestivas, que não constituem universais abstratos, justamente porque não se confundem com coisas, não constituem objetos, não se substancializam, não se identificam com nomes. Nos fazem compreender os objetos concretos em curso no real imanente, a complexidade nela mesma e não em seus representantes ou significantes, a vida aquém da lei. Nesta perspectiva, a linguagem, assim como a ciência e os discursos, são *suportes* (Martins, 1996: 35) de compreensão do sentido que se dá a cada instante, na vida real. Não são mais reduções, representações ou substituições da vida real.

O sentido, o objeto real imanente, em movimento, vivenciável, sensível, relacional, não é nem se confunde com o suporte; o suporte faz compreendê-lo. O suporte é histórico, atual, mas expressa o que é sempre, que é inefável e sem duplo, e que efetivamente só existe aqui e agora, de algum modo, em um tempo e em um lugar precisos.

Assim, um objeto real seria si próprio, sem se ter a pretensão de que ele se decalaria no enunciado que o descreve ou define, ou que teria sua “essência” (“racional, imaterial”) apreendida por este enunciado.

Dando outro exemplo, o ser humano, podemos dizer que o conceito designado por este mesmo significante pode ser considerado classicamente, como demandando uma *definição* enunciativa, no nível da linguagem, gerando então uma classificação dos seres como mais ou menos humanos. Ou, ao contrário, pode ser considerado como expressando os seres humanos sem a necessidade de uma definição; sem o *poder* de julgar, normalizar ou normatizar, classificar ou enquadrar qualquer ser humano particular. Em outras palavras, podemos considerar como “humano” o ser que corresponde

à sua definição (em uma prevalência do enunciado sobre a coisa em sua existência real), ou então considerar ‘ser humano’ um suporte de compreensão dos seres humanos como modalidades de ser diferentes dos outros seres, mas sem enquadrá-los em uma definição, isto é, sem a necessidade de se buscar uma essência que difira de sua existência, ou de se buscar uma dada diferença específica seja ela qual for.

É esta a idéia de um universal concreto: o ser humano é o que sempre foi e será, mas efetivamente cada ser humano só é temporalmente, culturalmente, socialmente, relacionalmente. A impossibilidade de o universal substituir o particular, ou mesmo de ser apreendido intelectualmente dos particulares como uma abstração, se dá pelo fato mesmo de que, assim acontecendo, esta forma inteligível (isto é, o enunciado abstrato que acreditou-se definir o universal concreto e assim definir a essência do particular) passa a servir de parâmetro de julgamento da essência dos particulares, podendo passar assim a desqualificá-los em sua existência presente, que no entanto é a única realidade concreta – a partir da qual se teria abstraído o universal normatizado e normalizador, e na qual se insere o próprio juiz (afinal, nem Platão, nem nenhum cientista, nem ninguém pôde julgar o mundo sensível estando fora dele). Impossibilidade que, sempre que se efetiva, o faz na forma de mistificação, crença, ideologia e poder, em nome de uma “verdade” transcendente ao real imanente.

Se ao lermos textos de mais de vinte séculos atrás, de lugares, culturas, sociedades, costumes, *ethos*, distintos dos nossos, estes textos fazem sentido para nós, é porque um mesmo real (diferencial, bem entendido) nos une. As realidades distantes no tempo são como as realidades distantes no espaço: assim como Platão me é compreensível – à minha maneira, que inclui tanto minha particularidade e singularidade quanto minha época, momento, inserção social e cultural –, um autor contemporâneo de outro continente ou cultura também me é. Realidades são recortes no tempo e no espaço; “sistemas”, diria a física, e eu os recorto como quiser: minha realidade enquanto brasileiro, carioca, paulista, terráqueo, moderno, contemporâneo, filósofo, esportista, psicanalista...

As realidades se recobrem, se cruzam, conforme os recortes que fizermos. Não são definições, são suportes de compreensão; não há fronteiras necessárias, não há classificação de essência ou segundo diferenças específicas; melhor exemplo é a brasilidade: é brasileiro quem sente ser, não precisa do sangue, nem sequer de morar aqui; é quem é, e isto não implica nenhuma possibilidade de julgamento ou parâmetro.

Isto não é científico? Discordo. Ou bem a ciência continua a negar o real, substituindo-o por suas reduções (seus duplos), ou terá que passar a considerar suas reduções como suportes de auxílio à compreensão do que só existe em sua singularidade e ipseidade real, relacional e afetiva.

Em outras palavras, a pergunta que se impõe é: Só há ciência se esta se propõe a normatizar e normalizar sobre a vida? Ou ainda: Só há ciência se ela fizer de sua redução instrumental, de seu mecanicismo e determinismo locais, um reducionismo, mecanicismo e determinismo gerais, sob uma ideologia positivista e cientificista? Não poderia a ciência emancipar-se da crença de que está dizendo a verdade do mundo sensível? Para tal, seria preciso que a ciência se desfizesse de algumas de suas crenças clássicas básicas que, justamente, levaram-na a conceber-se separada da natureza e capaz de manipulá-la.

É precisamente o que ocorreu, desde o início deste século, com a física e o advento de seu novo paradigma quântico, para a qual o formalismo é um modo de melhor compreender uma realidade que não se confunde com ele, o que modificou a idéia de ciência, a ponto de constituir-se em um novo paradigma científico e epistemológico.

Para que o suporte que indica a coisa não a substitua (não a duplique), foi preciso que ele não fosse mais considerado como descritor de sua essência, ou seja, que o mundo do suporte e o mundo sensível fossem aceitos como um só, impedindo a referência duplicadora. É o que Espinosa, no século XVII, propunha paradigmaticamente em sua ontologia, com conseqüências diretamente epistemológicas e éticas. São estes os dois paradigmas (que aliás, como veremos, se encontram) que analisaremos a seguir.

O paradigma espinosiano

Nem a prevalência do biológico sobre o cultural, nem a do social sobre o orgânico. Natureza e Cultura, Logos e Physis, Pensamento e Extensão, como atributos de uma substância que é única – e que se nomeia Natureza: o homem e seus artifícios são, assim como todos os seres, modificações desta e nesta substância. Espinosa, contemporâneo de Descartes, fora o primeiro filósofo a explicitar, contrariamente à ontologia cartesiana (por sua vez, de inspiração platônica), a compreensão do real como único, sendo a *res cogitans* e a *res extensa* aspectos seus – aspectos que, relativamente ao modo homem, tornar-se-iam a mente e o corpo. Mente e corpo sendo dois aspectos ou atributos de um ser individual único existente em um mundo único (um organismo formado de inúmeros modos outros da substância e em relação ambiental com outros indivíduos e outros modos em geral), a mente não pode (por mais que imagine poder) destacar-se do corpo, excluir-se da natureza material, corpórea, para dizer-lhe ou ditar-lhe a verdade, como um sujeito observaria um objeto em uma relação neutra e de total exterioridade.

A conseqüência epistemológica primeira é a de que a razão não pode dizer a verdade do mundo, se operar por uma abstração da corporeidade do mundo (da substância e da natureza) que a constitui e na qual ela própria existe e pensa. O conhecimento somente atingirá seu grau máximo de perfeição, portanto, quando provier de uma “ciência intuitiva”, que *inclui* a razão, porém a inclui tendo-a junto ao corpo assim como junto ao pensamento e à extensão em geral: é quando penso-me enquanto realidade relacional e ambiental, na qual sou e existo, que meu conhecimento é adequado, claro e distinto – e não quando ficciono uma racionalidade ou uma cientificidade puramente formal ou laboratorial, abstraída do mundo sensível (puramente ôntica, ideológica, calculante).

A principal conseqüência ética é a de que não é preciso lançar mão de nenhuma moral, vinda da “pureza” de uma razão pura tornada prática, ou da luz de um mundo das idéias; pois que, sendo o mundo único, a ética decorre da própria compreensão vivencial desta natureza contínua dos seres descontínuos, desta não-separabilidade entre cada um

de nós e os demais, como de cada um de nós e todos os seres e o próprio mundo. Os problemas de ética da ciência ou de bioética se reduzem se compreendemos a vida não mais como um objeto a ser dominado, por uma ânsia decorrente justamente do medo da vida como *hybris*, *humus*, devir, movimento, caosmos, Isso e pulsão, fluxo contínuo e borbulhante, em contínua transformação. A maior parte dos problemas de bioética é gerada pelo desejo necessariamente frustrado da ciência de ideologia clássica em tornar o Homem imortal, projeto para o qual a morte, advindo inevitavelmente, representa uma vergonha, denunciando que o rei está nu. Confunde vida – característica própria à substância (e apenas, por conseguinte a seus modos, entre os quais nos incluímos) – com perpetuidade dos modos (o que Freud chamou de autoconservação), de modo a pensar a vida justamente como seu oposto, como um princípio de morte – associando a transformação e contínua regeneração à degradação e perecimento dos corpos individuais, que se queriam perenes, imutáveis, fora do tempo, ou seja, fora da vida.

Esta visão dominou a filosofia de Platão a Descartes, Kant, Hegel, Freud e Lacan, que buscaram sempre a perfeição em uma idealização imaterial, estando a cargo do ego, do sujeito ou do espírito, numa oposição da cultura contra a natureza, a dominação desta, isto é, de seu próprio corpo e do corpo da natureza (pela ciência, pelo método, pelo superego, pela Lei fálica, pela sublimação, pela ascese, pelo sacrifício, pela cristalização, pela perversão, pelas tecnologias do hedonismo e da imortalidade). No entanto, desde a época de Platão, outros pensadores compreenderam o corpo e a alma como uma única coisa – não havendo, portanto, contradição, oposição ou domínio entre os dois –, tais como Heráclito, Epicuro, Lucrecio, Duns Scot, Espinosa, Nietzsche, Winnicott e outros.

O paradigma quântico

Nem onda nem partícula, o *quantum* é uma outra coisa e, no entanto, somente é medido, apreendido, percebido como ou bem onda ou bem partícula. Ele é campo, ou melhor, uma unidade não-separável das demais unidades, sem fronteira

definível, de todo o campo quântico que o universo é. Tudo existe dentro do campo quântico e é, portanto, por ele constituído; não há fora, ele é infinito em extensão inclusive microscopicamente. *Quanta* que se ligam em átomos que se ligam em moléculas que compõem os organismos e os seres em geral. As características intrínsecas que atribuímos ao *quantum* são várias, entre elas o spin, movimento intrínseco (absoluto, e não relativo a um referencial), a massa e a energia. Estes dois atributos são intercambiáveis, um podendo se transformar no outro, de acordo com suas interações.

Pois bem, quando o cientista clássico (isto é, simplesmente o cientista, que no início deste século acreditava nos cânones da ciência positivista) descobriu este “objeto” que não se curvava ao princípio de identidade e não contradição, ao ser ora onda e ora partícula, não sendo uma e outra senão em interação com os instrumentos de medida e o tipo de experiência laboratorial, pois que, justamente, sendo não-separável de seu entorno comporta-se em interrelação com o meio; nem tampouco se curvava às exigências de previsibilidade e determinabilidade da ciência de então, pois que não permitia, justamente por sua natureza “sem bordas”, que fosse medido ou determinado ao mesmo tempo em termos de sua localização espacial e de sua velocidade; malgrado o desejo deste cientista em salvar os seus dogmas, ele fora obrigado pelas evidências, encontradas dentro de seus próprios procedimentos experimentais, a admitir que o homem jamais poderá ter um controle total da natureza ou de seus elementos, não em razão de uma tranquilizadora falha temporal e temporária de seu conhecimento, mas porque a própria natureza e seus próprios elementos não se encaixam no mundo mecânico que o homem idealizou como essência destes – em outras palavras, homem e natureza evidenciaram-se comuns, modificações de um mesmo e *contínuo* campo quântico, impedindo radicalmente qualquer possibilidade de objetivação real, de neutralidade absoluta, de distanciamento (pois não se trata mais de um subjetivismo, pois este somente pode ser pensado a partir de uma relação sujeito-objeto, que se mostra desta forma ilusional, pois não existe como possibilidade real), qualquer possibilidade de separação entre

razão pura e diverso sensível, idéia e mundo. A natureza e os corpos não são relógios, nem, tampouco, por isso possuem um “princípio vital”; são animados por um movimento intrínseco, movimento que, por sua vez, não é mecânico, mas intensivo, e os caracteriza tanto quanto seu corpo e sua mente, sua massa e sua energia.

Esta interpretação da quântica por vezes é ignorada ou mesmo esquecida pelos próprios físicos, levados por interpretações de fundo kantiano (do tipo: o homem determina o quantum) que, no entanto, instauram a mistificação no lugar do simples entendimento, pela dificuldade narcísica em se admitir que somos juntos e feitos da mesma matéria da natureza – que somos “apenas” uma modificação dela, em continuidade com ela, e que a nossa “diferença” é apenas uma diferença, a que *nos é própria*, mas que não nos torna por isso melhores nem piores que nenhum animal, pedra ou planta. O contraponto desta “ferida narcísica” é a aquisição do sentimento de que não precisamos mais medir forças com a natureza, nem tampouco ir *contra* ela – incluindo-se aí a natureza em geral como também a nossa própria natureza, somatopsíquica, nosso ser nem “só bom” nem “só mau”. As repercussões éticas e ecológicas (biológicas, humanas, políticas e sociais) dessa epistemologia ontológica são diversas.

Critérios de cientificidade?

Todo critério de cientificidade apenas reflete o desejo humano, demasiado humano, porém nada científico, de contar como “científico” – ou como “válido” (!) – apenas o que transmita uma apaziguadora aparência de certeza e inquestionabilidade. O que, obviamente, só é encontrável dentro do próprio formalismo (matemático, ou lingüístico tornado matematizável), o que exclui das possibilidades de ganhar o grão label de “ciência” simplesmente tudo o que existe, pois existe complexamente; label que é assim atribuído, após grande julgamento, somente a poucos objetos ou acontecimentos passíveis de tamanha objetivação, mas ao preço de tomar-se o suporte formal como indicando o que há de essencial no objeto real, considerado “acidental” e portanto excluído de consideração tudo o que nele não se encaixar nos

pré-requisitos de existência “científica”, do que pode ser “provado” (como se as provas não servissem justamente para – no âmbito da cultura, e frente à indiferença da natureza quanto a estas “provas” culturais – fazer crer temporariamente no que todos sabem não ser, ou corroborar o que todos sabem ser, tendo assim muito mais a ver com a propaganda e a persuasão do que com o conhecimento). Diante da imprevisibilidade quântica, os neo-positivistas admitem a impossibilidade de uma ciência perfeita, mas a transformam em uma “ciência possível”, ou “provisória”: ainda o desejo de uma “ciência” operada por uma razão imaterial.

Se, no entanto, tomarmos como razão aquela que se propõe a conhecer o mundo reconhecendo-se como constituída dele e nele, ou seja, como corpórea e material, então o projeto cientificista e neo-positivista se revela antes de mais nada como extremamente irracional. Uma razão que (de)nega o único mundo onde ela existe, não é racional, mas decorre unicamente de um *pathos*, de paixões, mas de paixões tristes (nos termos de Espinosa), ilusionais (em meus termos; Martins, 1996, p. 11), como o medo da vida, o medo da morte, o medo do tempo, o medo do desamparo, o medo da mudança. Não se trata de pensar uma evolução da razão, mas de pensar uma outra concepção de razão, uma outra razão e outra racionalidade.

Assim, se tomarmos como ciência os saberes que intencionam conhecer os objetos reais – na medicina notadamente isto se faz muito importante, para os médicos e pesquisadores que não consideram mais os seres humanos (ou os pacientes) apenas como organismos (o preço desta crença será inevitavelmente uma perda de potencial terapêutico, isto é, uma perda de *eficácia* nos processos de reestabelecimento da saúde – afinal, o desejo do médico é o de tratar o paciente, ou o de ser “científico” malgrado o indivíduo integral que está sob seus cuidados?) –, então a ciência, seja ela qual for, será uma compreensão integrada do ser humano, do mundo, do universo e da vida. Não mais o pensamento conhecendo a extensão, externa a ele, mas pensamento-e-extensão, corpo-e-alma, conhecendo a natureza da qual se constituem integralmente. O que

demandará e implicará em uma compreensão da saúde física, psíquica e ambiental de indivíduos e coletividades, pensados como objetos complexos e interdisciplinares.

Paradigmas, ciências e medicinas

Em seu texto “Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas” (1993), Madel Luz estabelece uma comparação paradigmática entre a “medicina ocidental científica”, organicista, e as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica. Este texto se apresenta em continuidade com seu livro *Natural, racional, social* (Luz, 1988), onde a autora compara a medicina científica à medicina homeopática, mostrando de que forma aquela prevaleceu sobre esta durante o estabelecimento da ciência dita moderna, pelo fato de melhor adaptar-se ao paradigma mecanicista que então surgia como sinônimo de “ciência”. Ou seja, o primeiro ponto importante a ser enfatizado no trabalho de Luz é o fato de a medicina se definir a partir de paradigmas e de “racionalidades” (e portanto de “racionalidades médicas”), no plural, e não a partir de uma Razão universal, acultural e ahistórica.

Quando Luz refere-se então a racionalidades, está associando estas racionalidades a paradigmas distintos, e mais, a “cosmologias” distintas – a da medicina moderna correspondendo à da física clássica, mecanicista. “Todo sistema médico complexo, inclusive o ocidental contemporâneo, está fundamentado em uma cosmologia, e esta cosmologia é a expressão de concepções metafísicas (religiosas ou não)” (Luz, 1993, p. 8). A base da ciência e da razão é uma visão de mundo. “A diferença entre as racionalidades quanto a este aspecto reside no fato de que, na nossa medicina, esse embasamento [cosmológico ou paradigmático] é implícito”, oculto sob a pretensão universalista, de detenção da ‘verdade’ pela ‘razão’. Trata-se de uma cosmologia “estritamente racional”, “pois se assenta numa disciplina científica, a física, embora num momento clássico e já grandemente superado desta disciplina; o momento do mecanismo universal e do autômato” (idem). Razão clássico-moderna separada do corpo e da matéria, submetida ao método, submissora da natureza.

Madel Luz contrapõe este paradigma “biomecânico”

da medicina “ocidental científica” a um paradigma que denomina “bioenergético, comum às medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica” (Luz, 1993, p. 7). É quanto ao adjetivo “ocidental científica”, utilizado constantemente por Luz para adjetivar a medicina biomecânica, que nos cabe uma observação. Luz contrapõe a medicina “biomecânica” à homeopatia, às medicinas chinesa e ayurvédica, privilegiando estas últimas (Luz, 1988, p. 1993), de modo que não se trata apenas, em Luz, de uma contraposição paradigmática, mas de uma correspondente oposição entre duas práticas clínicas. A crítica a ser feita refere-se à idéia, sugerida em tal oposição, *de que uma medicina (ocidental?) “científica” somente poderia existir dentro do paradigma mecanicista.*

O paradigma mecanicista, como a própria autora observa, já não predomina nas ciências contemporâneas. E isto, não por *substituição* daquele paradigma pelo de alguma outra cultura (oriental, por exemplo) ou de algum retorno a uma concepção vitalista do passado ocidental. Como se, analogamente, pelo fato de a física mecanicista trazer consigo uma visão de mundo redutora e não condizente com o real, fosse possível, ou desejável, retornarmos à física ou à medicina medieval, ou à ciência árabe ou oriental; como se todos os conhecimentos da física e da medicina clássicas pudessem, ou deversem, ser esquecidos, ignorados ou substituídos.

Se o paradigma mecanicista não é mais predominante, isto se deve a um esgotamento de sua própria ideologia, a uma evidenciação de seus próprios limites, concomitantes com o surgimento, no “interior” da ciência “ocidental”, de um outro paradigma, o paradigma quântico. A quântica não nega a física clássica, mas sim a mostra como caso particular de uma concepção mais complexa e abrangente da Natureza, do mundo, do real; e ao fazê-lo, opera muito mais do que uma modificação no interior da ciência: o que muda, justamente, é o paradigma que a fundamenta. Esta mudança paradigmática se dá na ciência, e não em um *outro* dela, e redefine os próprios conceitos de ciência e de razão.

Assim, no lugar de uma “medicina científica ocidental”, podemos pensar, não obrigatoriamente em uma medicina oriental, científica ou não científica, ou em alguma medicina

que a substitua, mas em uma medicina diferentemente científica, que, partindo de outro paradigma, inclua daquela, biomecânica, o que puder ser incluído, sem manter com isto o seu paradigma.

Além do que, a divisão entre medicina oriental e ocidental tem pouco sentido: a origem da medicina “científica” é historicamente “ocidental”, como a homeopatia, mas nunca somente ocidental – afinal a Grécia antiga, ‘onde tudo começou’ (cf. Sayd, 1998), era oriental; e as culturas sempre sofrem influências umas das outras; afinal, o real de que falam é sempre diferencialmente o mesmo.

Do mesmo modo, a divisão entre medicina científica e medicinas populares ou alternativas perde assim, em muito, seu sentido. Como observa Mário Chaves, ocorre hoje, na prática médica, “uma revisão de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sob o ponto de vista de custo-efetividade, dentro do que vem sendo chamado de ‘medicina baseada em evidência’. Convém lembrar que nem sempre a evidência existe em práticas da medicina científica, e que é muitas vezes difícil negar resultados das medicinas alternativas e populares. A separação clássica entre razão e fé, ciência e não-ciência, verdade e erro, não é hoje tão completa como se pensava” (Chaves, 1998, p. 3). Se redefinirmos o conceito de ciência, retirando-o de suas crenças e dogmas, ao mesmo tempo em que a medicina dita científica perde sua falsa posição de poder, de suposto-saber, legisladora, normalizadora, fundada em uma pretensão (em nada científica) de um domínio e um conhecimento total e positivo do funcionamento do corpo e da natureza, as medicinas populares e alternativas passam a ter interesse científico.

Ou seja: o termo ‘medicina científica ocidental’ não caracteriza a medicina biomecânica, moderna e positivista; assim como sair do paradigma mecanicista ou reconhecer sua impropriedade, não significa necessariamente passar-se para alguma outra prática médica já existente em outras culturas. Em outras palavras, mudança pode não ser simples substituição, mecânica, mas transformação, complexa. Ou ainda: para nos inserirmos em um paradigma no qual natureza e cultura, homem e mundo, mente e corpo, existem como

aspectos de uma mesma Natureza (ou substância) não-separável, não é preciso sair da ciência. Basta acompanhá-la, em sua contemporaneidade quântica. Isto é, transformá-la e acompanhar o paradigma que emerge desta transformação. Nos termos utilizados por Luz, trata-se da passagem, não de uma “medicina ocidental científica”, mas de uma “medicina moderna”, refletindo a ciência e a sociedade modernas, a uma medicina propriamente contemporânea, afinada com os novos paradigmas contemporâneos, tanto científicos quanto sociais ou culturais (mesmo que seja a concepção moderna da medicina que ainda prevaleça nas práticas atuais).

A medicina não precisa abrir mão de suas “conquistas”, mas sim, certamente, de suas crenças (suas ideologias e seus ‘ismos’: cientificismo, positivismo, reducionismo, mecanicismo). Passar a não mais ver o indivíduo como uma máquina, de cujo “mecanismo” sentimentos, prazeres e dores são apenas epifenômenos. Ou seja, não mais tomar o corpo como uma matéria morta e a mente como efeito de seu funcionamento; mas corpo e mente como aspectos do indivíduo considerado uno, múltipla e complexamente uno. Pensar o indivíduo afetando-se somática e psiquicamente, em uma auto-implicação que inclui, necessariamente, o social, assim como seus pensamentos, sua visão de mundo, seu estar no mundo, sua compreensão.

Considerar o corpo e a mente como aspectos equivalentes do indivíduo, que não é mais corpo do que mente nem vice-versa, remete a medicina a uma maior atenção à prevenção, em um sentido que pode ser coletivo, mas que é também, sempre e irredutivelmente, individual. Parece-me que neste sentido a nutrição surge como a base de uma medicina preventiva que não se queira apenas paliativa, e que se associa à pesquisa e à tecnologia não mais no sentido de mutações genéticas em alimentos ou de promoção interessada de determinados fármacos, que no mais das vezes buscam apenas e unicamente maiores lucros financeiros, mas no sentido de um maior conhecimento do funcionamento bioquímico e metabólico do corpo e da psiquê humanos.

Todavia, mesmo neste sentido propriamente ortomolecular da medicina – no qual se incluem não só a

nutrição, como a fitoterapia, a ortomolecular propriamente dita e própria alopatia, esta apenas como uma ortomolecular sintética para situações particularmente críticas, na necessidade de altas dosagens medicamentosas –, o médico deverá atentar para sua não mecanicização, ou seja, para seu uso não alopático ou farmacológico (baseado na crença de que a doença pode ser extirpada sem que se trabalhe o indivíduo enfermo como um todo), mas nutricional e terapêutico, tomando-se o indivíduo nos múltiplos aspectos que o constituem. Por isso a alimentação, associada a uma vida criativa e de estresse controlado, assume o lugar principal de prevenção das enfermidades e de promoção da saúde física e psíquica, assim como, por conseguinte, social. Dizendo-o de maneira simples:

Mediante tal enfoque, [as pessoas] poderão perguntar a si mesmas: que papel estão desempenhando e o que fazem no sentido de tornar suas vidas mais harmoniosas? A qualidade de vida de que tanto se fala também reside na nossa maneira de lidar com estes assuntos. Não ser sedentário; consumir com moderação o sal, a gordura, o açúcar e o álcool; não fumar e cuidar da ansiedade, fugindo de sentir ódio e inveja, e gostando de si próprio ajudam a viver melhor. Não se esquecer, também, que a fantasia é um dos componentes de nossa existência (Oliveira, 1998, p. 1).

A doença passa assim a ser vista não como devendo ser simplesmente extirpada, mantendo-se intocado o quadro geral do indivíduo, quadro que a gerou, mas sim – além de diretamente ‘atacada’ nos casos já mais críticos ou agudos – compreendida como uma terapia do próprio organismo em reação a uma agressão somática e/ou psíquica ao corpo/mente em algum aspecto ou local deste. De modo que se torna fundamental conceber-se o indivíduo como um todo (somato-psico-social, ambiental), e a medicina como sobretudo uma terapia (cf. Sayd, 1998). Como afirma Soares (em um ótimo artigo sobre a presumida eficácia científica dos medicamentos alopáticos na biomedicina):

O modelo biomédico, de caráter individualista e intervencionista, privilegia o combate à doença, em detrimento da prevenção. Coloca a doença como central, levando ao distanciamento e à objetualização dos pacientes,

à deterioração da relação terapeuta-paciente e à perda do papel milenar terapêutico da medicina, enquanto arte de curar, em proveito da diagnose e da ciência das doenças (Soares, 1998: 38).

Todavia, como já lembrava Canguilhem (1966: 12):

A doença não está em algum lugar no homem. Ela está em todo o homem, e ela é inteira dele. (...) A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, ela é também, e talvez sobretudo, esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é reação generalizada com a intenção de cura. O organismo faz uma doença para se curar.

Redefinindo os conceitos de Saúde no novo paradigma

Se concebermos uma ciência não mais de domínio do homem sobre a natureza, mas de uma nova aliança entre os dois; uma ciência como meio de compreensão da complexidade do real; a razão como razão-afetiva, conhecimento racional-intuitivo, no-mundo, somatopsíquica; os formalismos da linguagem dita “natural” e das matemáticas como não mais tendo a pretensão de enunciar a verdade do real (ainda que a verdade “possível de ser enunciada” em determinada época histórica ou segundo determinada “região” da ciência), mas como suporte de reenvio para a complexidade vivida por nós no real imanente; o ser humano como corpamente, modalidade da natureza, em continuidade com os outros seres; então neste novo paradigma ontológico, epistemológico e por conseguinte ético, paradigma da não-separabilidade, da continuidade dos seres descontínuos, paradigma quântico-espinosiano, os conceitos de vida e de morte, de saúde e de doença, se redefinem.

Reencontro aqui, embora de maneira diferencial, proximidades com o pensamento de Canguilhem de “*O normal e o patológico*” (sua única pesquisa a-histórica), quando concebe que “a anormalidade não indica a inexistência de normas, mas somente normas diversas daquelas que são realizadas pelos organismos da mesma espécie que vivem no mesmo meio”, e a enfermidade como “a incapacidade, momentânea ou definitiva, de um dado organismo produzir novas normas adequadas às exigências do meio ambiente para manter a

continuidade da vida”, como sintetiza Birman (1991, p. 19). Ou, segundo o próprio Canguilhem: “O anormal não o é por ausência de normalidade”, nem por diminuição desta, mas por apresentar uma normalidade distinta da predominante. Até mesmo “o estado mórbido é ainda uma certa maneira de viver” (1966, p. 155). O que se opõe à enfermidade não é, portanto, a anormalidade, mas a saúde, entendida como capacidade de produção contínua de novas normas. Ao contrário, o “estado patológico” traduz a redução da tolerância do ser às flutuações e, por conseguinte, à norma estabelecida pela própria enfermidade: “as constantes patológicas têm valor estritamente conservador” (1966, p. 155-156). “Curar-se é dar-se novas normas de vida, por vezes superiores às antigas. Há uma irreversibilidade da normatividade biológica” (1966, p. 156) – acrescentemos: assim como das normas psíquicas, sociais e ambientais. De modo que, tomando o “meio ambiente” em seu sentido lato, a saúde e a enfermidade refletirão uma teia de relações, particulares, ligadas aos indivíduos tomados como somatopsíquicos e sociais, em sua complexidade real, em suas queixas, afecções, tristezas e alegrias, que devem ser levadas em conta por todos e, sobretudo, pelos médicos e profissionais de saúde (que, neste sentido lato, incluiriam inclusive os governantes).

Como um primeiro esboço conclusivo (entenda-se, em verdade, introdutório), podemos dizer que a morte passa a ser tida como parte da vida (como, aliás, já o fora em outras épocas de nossa história); a vida como transformação (e não mais como perenidade, autoconservação ou cristalização). Por conseguinte, a saúde (física, psíquica e ambiental) como capacidade de transformar-se, de *morrer* para o antigo para *renascer* para o novo; e a enfermidade (física, psíquica e ambiental) como a impossibilidade modal e momentânea de transformação (de renovação, de regeneração), o desejo de cristalizar o fluxo do tempo, de parar a pulsão de vida que constitui ao mesmo tempo o nosso psiquê-soma e todo o universo.

Referências

- ARMONY, N. *Borderline: uma outra normalidade*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- ATLAN, H. *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- BATAILLE, G. *L'érotisme* Paris: Muinuit, 1987.
- BERNARD, C. *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*. Paris: Baillièrre, 1878.
- BERNARD, C. *La science expérimentale*. Paris: Baillièrre, 1925.
- BERNARD, C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Garnier-Flammarion, 1966.
- BIRMAN, J. Interpretação e representação na Saúde Coletiva. *A representação na Saúde Coletiva*, Physis Revista de Saúde Coletiva, v.1, n.2. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ Relume-Dumará, 1991.
- CANGUILHEM, G. *Idéologie et rationalité: dans l'histoire des sciences de la vie*. Paris: Vrin, 1977.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le patologique*. Paris: PUF, 1966.
- CANGUILHEM, G. *La santé, concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Sables, 1990.
- CANGUILHEM, G. et al. *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- CHAVES, M. Editorial. *Cadernos Saúde Coletiva*, v.6, n.1. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ, 1998.
- DELAPORTE, F. A história das ciências segundo G. Canguilhem. PORTOCARRERO, Vera (org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- DELIGEORGES, S. (org.). *Le monde quantique*. Paris: Seuil, 1984.

ESPINOSA, B. *Éthique*. Trad., introd., notas e comentários Robert Misrahi. Paris: PUF, 1990.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. (5a ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. (6a ed.) São Paulo: Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder* (Roberto Machado, org.). (8a ed.) Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard, 1966.

FREUD, S. (1937) *Análise terminável e interminável*. *Obras completas, ESB*, vol.XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, S. (1929) *Mal-estar na civilização*. *Obras completas, ESB*, vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GIULIANI, B. *Critique généalogique du discours biologique: pour une biologie sans métaphysique et une bioéthique sans morale*. Nice: Université de Nice, 1995. Tese de Doutorado em Filosofia.

GODIN, J.-G. *Jacques Lacan, 5 rue de Lille*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

GRANGER, G. *La vérification*. Paris: Odile Jacob, 1992.

GRODDECK, G. *O homem e seu isso*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

GUATTARI, F. *Chaosmose*. Paris: Galilée, 1992.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.

JACOB, F. *La logique du vivant*. Paris: Gallimard, 1970.

LÉVY-LEBLOND, J.-M. e BALIBAR, F. *Quantique*. Paris: InterÉditions/CNRS, 1984.

LÉVY-LEBLOND, J.-M. *La pierre de touche: la science à l'épreuve*. Paris: Gallimard, 1996.

LÉVY-LEBLOND, J.-M. *Une matière sans qualités?: grandeurs et limites du réductionisme physique*. Paris: Collège de France/Fondation "Pour la science", 1990.

- LÉVY-LEBLOND, J.-M. Quantique, A/ Propriétés fondamentales. *Encyclopædia universalis*, Corpus, 1990, vol. 19.
- LÉVY-LEBLOND, J.-M. L'anti-matière (entretien). *La matière aujourd'hui*. Paris: Seuil, 1981.
- LUZ, M. *Natural, racional, social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LUZ, M. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Estudos em saúde coletiva*, n.62. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.
- MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. (2a ed.) Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MACHADO, R. et alli. *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARCONDES, D. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- MARTINS, A. *Le réel et l'illusion: pour une ontologie non métaphysique*. Lille: ANRT, 1996.
- MARTINS, A. Desamparo: onipotência, narcisismo e univocidade. *Desamparo*. Cadernos de Psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, ano 20, n° 12. Rio de Janeiro: CPRJ, 1998.
- MARTINS, A. da Natureza espinosiana: ontologia, epistemologia e ética. *Ethica*, v.5, n.1. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1998.
- MARTINS, A. Mudança de paradigma e possibilidades de acordo ontológico e trágico no terceiro milênio. *Anais de Filosofia*, n.4. São João del-Rei: Funrei, 1997.
- MORICHÈRE, B. (org.). *Philosophes & philosophies: anthologie chronologique*. Paris: Nathan, 1992. 2 volumes.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.
- NIETZSCHE, F. *Oeuvres*. Paris: Robert Lafont, 1993.

OLIVEIRA, A. M. “Prevenção” in *Boletim do Centro de Estudos Médicos da Casa de Portugal*, v.4, n.8, Rio de Janeiro, dez. 1998.

PESSIS-PASTERNAK, G. (org.). *Do caos à inteligência artificial*. São Paulo: Unesp, 1993.

POMIAN, K. *La querelle du déterminisme*. Paris: Gallimard/Le Débat, 1990.

PRIGOGINE, I. e STENGERS, I. *La nouvelle alliance: métamorphose de la science*. Paris: Gallimard, 1986.

ROSSET, C. *La Philosophie tragique*. Paris: PUF, 1960.

ROSSET, C. *A anti-natureza*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.

ROSSET, C. *O real e seu duplo: ensaio sobre a ilusão*. Porto Alegre: L&PM, 1976.

SAYD, J. D. *Mediar, medicar, remediar*. Rio de Janeiro: Uerj, 1998.

SERRES, M. (org.). *Elementos para uma história das ciências*. Lisboa: Terramar, 1989.

SOARES, J. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. *Cadernos Saúde Coletiva*, v.6, n.1. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ, 1998.

WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

REINVENTANDO O CONCEITO DE SAÚDE

Luiz Carlos Rigo
Eliane Ribeiro Pardo
Tatiana Teixeira Silveira

A problemática conceitual na Educação Física brasileira

Aqueles que militam no campo da Educação Física provavelmente já se depararam com algum problema de ordem conceitual e/ou terminológico. Após os anos 80, mais do que uma questão de comunicação e de mera definição de termos, a problemática conceitual adquiriu tamanha relevância que passou a comprometer a maioria dos debates acadêmicos da área (pelo menos é o que diagnosticamos no âmbito da Educação Física brasileira). Em função das dificuldades geradas pelos desentendimentos terminológicos bem como, principalmente, pelos parâmetros e maneiras com as quais as divergências conceituais são tratadas, em certos temas e subáreas da Educação Física, mais do que controvérsias acadêmicas predominam disputas discursivas em que, muitas vezes, seus próprios autores encontram sérias dificuldades para sustentar o que estão propondo. Sobram dúvidas sobre a proveniência, do campo epistemológico no qual se situam muitos discursos; disso decorre a reivindicação, por exemplo, da mudança do nome da área, e/ou a substituição de um conceito por outro.

Nos encontros acadêmicos da Educação Física e no próprio GTT de Epistemologia do CBCE, não raramente vemos a discussão circular em torno da busca, um tanto desesperada, de se encontrar, como que em um passe de mágica, os conceitos mais apropriados, mais corretos para a área. Em outros momentos, o que presenciamos é a instauração de impasses, paralisias do debate acadêmico, instauradas em função de disputas infundáveis entre um ou outro conceito ou, ainda, pertinência em operar com

determinados conceitos. Nesses debates, geralmente, o exercício analítico de tentar detectar o solo epistemológico de onde emergem tais conceitos, ampliando ainda mais essa perspectiva, o “plano de imanência” de tais conceitos, (como foram produzidos, onde estão inseridos, de que modo operam, no sentido apresentado por Deleuze e Guattari), quando não é desconsiderado, fica em segundo plano. Isso parece indicar que estamos atravessando um momento em que as disputas teóricas da área e, com elas, as disputas conceituais estão mais impregnadas de jogos de poder, do que de exercício de pensamento¹.

As razões que contribuíram para a configuração desse quadro são inúmeras, dentre elas poderíamos destacar: o esforço que a Educação Física vem fazendo, principalmente a partir dos anos 80, para consolidar-se como área acadêmica — espaço em que os conceitos gozam de grande legitimidade; um rápido aumento da qualificação acadêmica (a partir dos anos 90 há um significativo aumento do número de mestres e doutores na área); um sentimento de inconformidade, sinal de esgotamento, com o paradigma (o discurso e o conceito) hegemônico no qual a Educação Física brasileira assentou suas bases até a década de 80; e, por último, a influência na área das transformações políticas e de uma variedade maior de teorias filosóficas.

A Filosofia de Gilles Deleuze e Félix Guattari e a produção dos conceitos

A hipótese que aqui trazemos de utilizar algumas contribuições de Gilles Deleuze e Félix Guattari para o campo da Educação Física, leva em conta dois fatores principais: o momento histórico que a área atravessa, em sua produção conceitual, o qual, anteriormente, procuramos mapear, e o papel singular que estes pensadores contemporâneos atribuem à Filosofia.

¹ Sobre como vem ocorrendo o debate conceitual na área, a título de exemplo, retomo aqui a discussão incitada por Homero Lima no XIII CONBRACE, quando o autor levantou a tese da Morte do Corpo. Essa hipótese inseria-se dentro da filosofia Foucaultiana da Morte do Sujeito. A Morte de um Corpo - o Corpo da Modernidade -, e concomitante a isso, a emergência de um novo Corpo. Para um aprofundamento desse debate, consultar a tese de doutorado intitulada: “Do corpo-máquina ao corpo-informação: o pós-humano como horizonte biotecnológico” (LIMA, 2004).

No livro “O que é a Filosofia?”, publicado em parceria com Félix Guattari, Deleuze enfrenta o desafio de problematizar o que pode ser a filosofia. Principalmente no primeiro capítulo do livro, os autores constroem um conceito em que apontam para a necessidade e pertinência da existência de uma filosofia “construtivista”, a qual constitui-se na “arte de formar, de inventar, de fabricar conceitos” (DELEUZE e GUATTARI, 1992, p. 10). Ou, no sentido mais rigoroso, como os próprios autores dizem “é a disciplina que consiste em criar conceitos² “. Segundo Deleuze e Guattari é este o papel singular da filosofia, necessário e suficientemente capaz de legitimar a sua existência no tempo presente. Com considerações dessa natureza eles tanto distinguem filosofia de ciência e de arte como também explicitam que sua proposta difere de pelo menos três outras concepções filosóficas: a que a concebe como contemplação, como reflexão e como comunicação. Segundo os autores não há, em nenhuma dessas três concepções, nem singularidade, nem rigor filosófico, já que não há nelas criação de conceitos. “A contemplação, a reflexão, a comunicação não são disciplinas, mas máquinas de constituir Universais em todas as disciplinas.³”

Mas a filosofia de Deleuze e Guattari não pode ser confundida com especulações idealistas, os conceitos “não nos esperam inteiramente feitos, como corpos celestes. Não há céu para os conceitos. Eles devem ser inventados, fabricados ou, antes criados.”⁴ Silvio Gallo assinala “para eles a criação de conceitos é, necessariamente, uma intervenção no mundo, ela é a própria criação do mundo”⁵. Os conceitos são intervenções no mundo, mas eles estão sempre presos, limitados às condições de possibilidade de sua criação, daí a necessidade de criarmos novos conceitos “em relação com problemas que são os nossos, com nossa história e, sobretudo com nossos devires.”⁶

Além de histórico, todo conceito provém de um solo,

2 Idem, p. 13.

3 Idem, p. 15.

4 Idem, p. 13.

5 GALLO, Silvio. Deleuze & a Educação. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p.41.

6 Gilles Deleuze e GUATTARI Félix. Op. cit., 1992, p. 40.

de um plano denominado por Deleuze e Guattari de “plano de imanência”. Mas, assim como os conceitos, os planos imanentes não estão prontos e nem são a simples soma de vários conceitos, pelo contrário eles são uma espécie de pré-condição para que o conceito possa ser criado. Como definem os próprios autores eles são de natureza “pré-filosófica”, “como uma experiência tateante”⁷ é “o mais íntimo no pensamento, e todavia o fora absoluto.”⁸

Bento Prado Jr. ao fazer uma análise sobre o lugar do plano de imanência na filosofia construtivista e a relação desse com os conceitos, cria a seguinte metáfora:

Se os conceitos precisam de um campo virtual prévio, o plano não subsiste sem os conceitos que o povoam e nele circulam como as tribos nômades no deserto, ou como as ilhas que fazem arquipélagos no oceano. Mas que a metáfora não nos engane: pode haver deserto inabitado e o oceano nem sempre tem sua superfície interrompida ou salpicada por arquipélagos (2000, p. 39).

Em síntese, podemos dizer que a filosofia construtivista de Deleuze e Guattari “tem dois aspectos complementares, que diferem em natureza: criar conceitos e traçar um plano⁹”. A esses dois aspectos soma-se ainda um terceiro: os “personagens conceituais”.

Provenientes, mas também constituintes de um plano de imanência, os personagens conceituais são a estratégia utilizada para que os conceitos filosóficos ganhem vida. “Na enunciação filosófica, não se faz algo dizendo-o, mas faz-se o movimento pensando-o, por intermédio de um personagem conceitual¹⁰.” Eles são os agentes de enunciação e atuam como porta vozes de uma filosofia. Entre outros, os autores citam o exemplo de Zarathustra, personagem conceitual característico da filosofia nietzschiana. Com estes três elementos, “plano de imanência” os “personagens conceituais” e os “conceitos” Deleuze e Guattari instituem uma “pedagogia do conceito¹¹”.

7 Idem, p. 58.

8 Idem, p. 78.

9 Idem, p. 51.

10 Idem, p. 87.

11 Idem, p. 21. Maiores considerações sobre a singular “pedagogia do conceito” proposta por Deleuze e Guattari consultar o artigo de Giuseppe Bianco. Gilles Deleuze Educador: sobre a pedagogia do conceito. In: Educação & Realidade. Porto Alegre, v. 27, n. 2, jul/dez 2002, p. 179 - 204.

Saúde Coletiva e formação profissional

A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Destacando, assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede a sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos (Birman, 1991, p. 9).

Esse texto é movido por uma vontade de pensar —, transitando fronteiras disciplinares da Educação Física — o campo da saúde e sua produção conceitual. A título metodológico, embora estejamos propondo uma reflexão sobre a produção conceitual, estamos também acenando para uma abertura do conceito de saúde — ora o utilizamos como campo disciplinar, ora como prática social, ora como valor que informa essa prática. Assinalamos assim, de imediato, a complexidade dessa empreitada de discernir a fronteira entre os níveis conceituais e praxiológicos quando se trata de pensar a saúde. Aliás, nós a pressupomos e contamos com a cumplicidade de sua leitura.

Porque colocar em questão a produção conceitual no campo da saúde? Essa pergunta emerge de uma experiência de ensino desenvolvida durante os anos de 2003 e 2004 com duas turmas de alunos: da disciplina “Metodologia da Pesquisa Qualitativa”, ministrada para graduandos em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas; e da disciplina “Pesquisa Qualitativa em Saúde Pública”, ministrada para profissionais de várias áreas, a maioria da classe médica, residentes da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Ambas apontavam a pesquisa como exercício de pensamento fundamental na formação do profissional da área de saúde. Traziam para suas discussões a formação em serviço, a formação do educador do corpo, a confluência de suas problemáticas, as diferenciações de seus campos de atuação, as influências teóricas e práticas recebidas. Que literatura estaria formando os profissionais das áreas de saúde

atualmente? Como concebiam a saúde em seus discursos? É possível pensar as práticas dos profissionais da saúde sem considerar as relações de poder que configuram seu campo de atuação, marcado por um mercado de trabalho voraz? Como conceituar saúde sem perder de vista a complexidade de tal empreitada?

O campo de atuação do profissional da saúde exige dele respostas a questões de difícil adequação conceitual: a eutanásia; a clonagem; a indústria dos medicamentos; o contrabando de órgãos; o lucrativo mercado das patentes de gens, emergente do genoma; a AIDS; a fome; os padrões estéticos de corpo; a obesidade desnutrida; a depressão; o estresse; a prática do suicídio; a necessidade de regulamentação profissional; as demandas éticas oriundas dos setores industriais, comerciais, publicitários, farmacêuticos, estéticos.

Aprender a produzir conceitos operadores apareceu nessa experiência de ensino tanto como condição essencial, apontada para uma intervenção qualificada dos profissionais em seus campos de atuação, como uma necessidade imediata, dos grupos para operacionalizarem conceitos que acenassem para outras pistas ao pensar tal quadro.

Esse artigo “escreve” uma formação docente interrogando-se a partir da experiência compartilhada. Sua força encontra-se menos no que diz e mais no que significa quando se transforma em tentativa de transpor limites disciplinares. Buscamos tanto exemplificar a experimentação de uma produção conceitual da área em ato, significando o escrito, trazendo para o texto diversos pontos de vista, recolhendo-os em novos e infindáveis textos. Como problematizar a saúde, tomando-a como conceito que organiza idéias, explicita pontos de vista, valora intervenções. Ousadia? Não sabemos. Quem sabe? Que importa? Pensar requer mais desprendimento e menos arrependimento.

O título “Fale Consigo” é um convite à reflexão. Utilizando o filme “Fale com ela” de Pedro Almodóvar foram questionados a imanência da ética atravessando o plano configurado, e os processos de discussão em torno da saúde, seus conceitos operadores e seus desdobramentos específicos nos campos da Saúde Coletiva e da Educação Física.

O filme inicia. Cortinas rosa salmão se abrem e revelam o palco teatral. A peça “Café Muller” emociona a platéia e faz rolar as lágrimas do sensível Marco ao som de “The Fairy Queen”, de Henry Purcell. Na seqüência, sentados lado a lado — Benigno e Marco — personagens centrais da trama — assistem ao espetáculo de Pina Baush: duas mulheres tristíssimas, absolutamente sós, percorrem dispersas um mundo de cadeiras soltas, palco onde um homem desesperado tenta abrir-lhes o espaço e evitar a queda em vão. Elas tropeçam, caem, trombam paredes. Em outra tomada, Benigno narra essa cena. É enfermeiro. Acompanha os dias e noites de Alicia — jovem em coma há quatro anos. Benigno cuida de Alicia. Observou seus passos de bailarina durante longo tempo pelos vidros de uma janela. Aprendeu seus hábitos. Imitou seu gosto pela dança. Descobriu o cinema mudo. E agora, fala com ela. Conta-lhe o que viu, ouviu, sonhou. Numa noite de plantão, Benigno narra para Alicia o filme mudo “O Amante Minguante”. Pouco a pouco a palavra de Benigno, sua mão deslizando sobre a pele dela, a pouca luz do quarto vão adentrando o corpo da moça em coma e o sexo vai se esparramando pela cena, desenrolando sua tragédia diante da fértil imaginação do espectador. Não fosse Alicia reaparecer na cena mais adiante, grávida e talvez o enredo fosse outro.¹²

O filme foi escolhido por razões de ordem metodológica e de estilo: em primeiro lugar, a imagem cinematográfica do coma em Almodóvar, de forte apelo estético, estampa, definitivamente, a sombra etérea que paira sobre a impossibilidade de a razão desvendar finalmente, os mistérios da vida e da morte. Ao trazer-nos a questão do limiar perdido, da dissolução das fronteiras, é o dualismo fundamental que está sendo estilhaçado, aquele que cindiu o moderno.

Ao filme somamos leituras acadêmicas. Foram solicitados, também, os conceitos de saúde encontrados em diversos “textos”: periódicos, jornais, revistas, literatura especializada etc. As discussões travadas nos grupos apontaram dificuldades conceituais colocadas à área quando se trata da

¹² Título: Fale com Ela. Título Original: Hable com Ella. Diretor: Pedro Almodóvar. Ano: 2002. País de origem: Espanha. Duração: 112 min. Elenco: Javier Camara, Dario Grandinetti, Leonor Watting. Distribuidora: Fox.

tentativa intelectual de problematizar a atuação profissional no campo da saúde — compreendida como uma experiência humana marcadamente simbólica, representada conceitualmente a partir de valores sociais, históricos, culturais, políticos, econômicos e morais. O resultado foi a confecção de textos cujo mote apontava a tentativa de construir um conceito de saúde que contemplasse a riqueza da discussão travada. Passagens desses textos ilustram o presente artigo.

Problematizamos a saúde como um campo de discursividade constitutivo de objetos e de verdades, cujo teor complexo requer do profissional um exercício radical sobre si mesmo no sentido de construir conceitos capazes de transformarem-se, pelo alto grau de sucesso em seus efeitos, em matrizes de razão prática — filhas de um pensamento que se debruça sobre sua própria dispersão.

Toda produção conceitual envolve escolhas, recortes, estabelecimento de perspectivas e regras. A produção de conceitos em áreas como a saúde se dá em espaços políticos em que os saberes e os poderes aí presentes irão atestar o caráter representacional, cultural, simbólico de todo o conceito quando diz respeito a práticas da experiência humana.

Produzir conceitos, nessa linha de análise pode tornar-se uma prática perigosa. Ao operar conceitos, reduz-se o uso de determinado termo ou expressão, atribui-se a ele um único sentido, ou melhor, um conceito. Entretanto, não os forma, obriga-nos a não contestar, a não duvidar, a não pensar. Sobre a formação dos conceitos, Nietzsche (1983, p.83) ressalta: “A desconsideração do individual nos dá o conceito, assim como nos dá também a forma, enquanto que a natureza não conhece formas nem conceitos, portanto também não conhece espécies, mas somente um X, para nós, inacessível”.

Nietzsche assinala o caráter perspectivo da elaboração conceitual, resultante de um exercício intelectual que opera pelo disfarce e pelo esquecimento. Disfarce no sentido de tentar apagar do conceito toda a possibilidade de sua mentira. Esquecimento porque “todo o conceito nasce por igualação do não igual” e é esse movimento arbitrário do intelecto em direção ao abandono das diferenças individuais que irá instaurar

uma verdade passível de atribuir-se a fatos, condições, valores que possam “servir a um sem-número de casos, mais ou menos semelhantes”. Ao assinalar esse movimento arbitrário e perspectivado de toda a elaboração conceitual é a verdade que retoma seu caráter histórico e, portanto, mutável.

O que é a verdade, portanto? Um batalhão móvel de metáforas, metonímias, antropomorfismos, enfim, uma soma de relações humanas, que foram enfatizadas poética e retoricamente, transpostas, enfeitadas, e que, após longo uso, parecem a um povo, sólidas, canônicas e obrigatórias: as verdades são ilusões, das quais se esqueceu que o são, metáforas que se tornaram gastas e sem força sensível, moedas que perderam sua efígie e agora só entram em consideração como metal, não mais como moedas” (Nietzsche, 1983, p. 48)¹³.

Dilemas conceituais: a imposição da ética

O amor aqui é antes uma experiência de autotransformação, onde todo o bom senso social é rompido em prol de um encontro fundamental [...] O que Almodóvar nos conta é a grande história de amor impossível entre homens e mulheres, é o grande manual de decifração das mulheres, é a impossibilidade, a mais radical e absoluta, do encontro desejado, perene e permanente. E é, também, uma ode à vida quando recoloca frente a frente um homem e uma mulher recomeçando uma vez mais e sempre, a recriação do mundo. A vida chama e o amor é a única e impossível saída (Aluno-Residente).

É possível constatar uma enorme quantidade de produtos teórico-metodológicos colocados à disposição quando se trata de pensar a intervenção no campo da formação profissional em saúde. O maior ou menor grau de sucesso nas decisões profissionais irá depender da capacidade de o sujeito lidar com o inesperado, com o que escapa ao previsto, com o que transborda do plano elaborado — forças vitais, segregadas por práticas históricas de hierarquização das racionalidades,

¹³ Um exemplo dessa naturalização das mutações conceituais das metáforas e sua fetichização histórica podemos encontrar na pesquisa de Stephen Jay Gould (1999) sobre os números cientificamente encontrados a respeito das medidas humanas, em especial as medidas do crânio e da inteligência, oriundas das pesquisas neo-darwinistas e suas descobertas altamente preconceituosas e ideologicamente comprometidas.

de submissão de suas diferenças, em prol de um projeto para o ocidente, cujos alicerces encontravam-se em última instância em uma razão onipresente diante de uma natureza hostil, indigesta, estivesse ela relacionada ao dentro ou ao fora do homem. Uma razão que opera em função do estabelecimento de normativas, parâmetros universais, critérios de normalidade, previsibilidades históricas, naturais, generalidades, imperativos categóricos, expressos na linguagem conceitual da filosofia e da ciência.

Entretanto, faz-se necessário ressaltar que a exigência de um exercício racional sobre si mesmo anteriormente apontada pressupõe um sujeito também portador de tais exigências, essas que apenas aqueles seres dotados de vontade são capazes de entender. Tal exercício exige uma constante disposição para os deslocamentos, as dúvidas — desejar o desconhecido, o longínquo; entregar-se ao que não pode ser formatado — em termos daquilo que a operação intelectual de conceituar possa vir a significar quando corta a experiência, quando recorta a perspectiva, daquilo que ela significa de risco para o processo de criação na medida em que converge para uma forma academicamente aceitável, porém repetitiva de um mesmo modelo decalcado das práticas.

Quando alguém esconde alguma coisa atrás de um arbusto, vai procurá-la ali mesmo e a encontra, não há muito que gabar nesse procurar e encontrar da “verdade” no interior do distrito da razão [...] o pesquisador dessas verdades procura, no fundo, apenas a metamorfose do mundo em homem, luta por um entendimento do mundo como uma coisa à semelhança do homem e conquista, no melhor dos casos, o sentimento de uma assimilação (Nietzsche, 1983, p.50).

O profissional da saúde transita entre esses dois aspectos que envolvem a escolha dos conceitos considerando a complexidade do campo em questão: por um lado, recorrer àqueles que operam de modo quase imediato em determinadas situações colocadas pelo exercício da profissão (manejo de conceitos técnicos, informações atualizadas, novos métodos etc). Por outro lado, percorrer o espaço vazio produzido a partir do encontro entre o conceito técnico e

passível de alguma generalização e as demandas singulares advindas do confronto daí produzido, caracterizadas na experiência do profissional, sua temporalidade, seu espaço subjetivo, seu campo específico de atuação, suas escolhas éticas.

Produzir conceitos próprios implica defrontar-se com esse dilema — compreensível quando se está tratando de ações humanas, demasiadamente humanas. Como lidar, julgar ou prescrever a saúde do outro sem instituir uma prática normativa em uma sociedade marcada por uma concepção homogênea de corpo, de pensamento, de desejo? Exige perguntar-se sobre as possibilidades de pensar diferente a própria experiência e as verdades conceituais de que dispomos para explicá-la.

Caberiam ainda muitas reflexões. Contudo, gostaria de encerrar meu comentário com mais um apontamento que me ocorre. A questão da posição em que se encontram as pessoas que julgam qualquer realidade moral ou culturalmente diferente da sua. Com meu olhar psicológico, poderia detectar uma série de patologias relacionadas ao comportamento de Benigno. Porém, seria necessária uma visão que enxergasse as coisas do ponto de vista dele. É nesse caminho que tenho buscado ampliar as percepções, para que os julgamentos e as rotulações cedam lugar a uma compreensão mais próxima do humano, que realmente leve em conta as pessoas e suas diferenças (Aluno-Residente).

Partindo dessa leitura, impõe-se traçar, em torno do conceito de saúde — suporte do profissional em sua intervenção — um feixe de relações que possa dar conta da complexidade assinalada.

O conceito de saúde remete-nos historicamente ao conceito de doença. Durante muito tempo saúde significou ausência de doença. Dessa forma, a sociedade passou a dividir-se, também, em saudáveis e doentes, fisicamente ativos e sedentários ou, gordos e magros:

Foram inúmeras as sociedades que acolheram com alegria a presença dos gordos e desconfiaram da magreza, como se esta expressasse um déficit intolerável para com o mundo. Magreza lembrava doença e o peso do corpo não

parecia um pesar. Entretanto, no decorrer deste século, os gordos precisaram fazer um esforço para emagrecer que lhes pareceu bem mais pesado do que o seu próprio peso. Ou então foram chamados a dotar sua gordura de alguma utilidade pública (Sant’Anna, 2001, p. 21).

Trata-se assim, de retirar a saúde do plano abstrato de uma elaboração intelectual — coletiva ou individual —, do plano puramente conceitual, de transpô-la ao terreno das práticas cotidianas onde seus significados, além de movimentarem, muitas vezes de forma radical, o campo discursivo, adquirem valor no processo de operacionalizar as ações, de experimentar de modo singular sua sistematização.

Isso significa exercer um olhar de suspeita sobre o campo profissional em seu fazer diário no sentido de criar para si uma poética do fazer (Certeau)¹⁴ que se contraponha aos apelos do empirismo fácil das respostas prontas, cujo solo metafísico pressupõe uma imagem decalcada sobre a suposta natureza dos seres e das coisas. Por outro lado, é necessário que se contraponha também aos poderes políticos, ideológicos e morais da racionalidade científica historicamente alicerçada na vontade de conceito e de filiação. Essas estratégias de marketing são perigosas porque disfarçadas e esquecidas no interior de conceitos pretensamente neutros: “Fale consigo”. “Trabalhe sobre seu próprio pensamento, sobre seus percursos, suas tentativas” são imperativos contraditoriamente atrelados a uma decisão ética.

O processo de singularização do profissional da saúde, no que tange à sua produção conceitual, passa por um contínuo exercício de olhar a si próprio dentro de uma dinâmica em que o percurso dessa produção torna-se plano de visibilidade desse exercício de processar-se outro em ações registradas, analisadas, recortadas, bem como transborda o puramente formal para transformar-se em lugar de impasse entre o conceito burocratizado, normativo, alvo dos metodólogos — aqueles que procuram atrás do arbusto algo que já sabiam de antemão estar ali — e a intervenção, como esse exercício ético em direção à criação da própria ação e que exige, do

¹⁴ Uma das características capazes de assinalar essa complexidade da pesquisa no campo da Saúde Coletiva encontra-se, segundo Birman (1991) na exigência da multidisciplinaridade, na medida em que as problemáticas daí oriundas — relativas às relações entre a natureza e a cultura — demandam diferentes leituras bem como permite a construção de diferentes objetos teóricos.

profissional uma ação pensada, assumida, um comprometimento e uma implicação com os resultados, uma transgressão em casos extremos nos quais a norma e a ética ganham visibilidade incontestes na definição das condutas.

Conceituar, nessa perspectiva, é operar eticamente o pensamento, dobrá-lo em ações criadoras, emergentes de uma experiência que se interroga o tempo todo, que ensaia hipóteses, recorre à memória e, também, ao esquecimento, defende teses, transita pelo desconhecido. Esses elementos, quando organizados segundo pressupostos éticos, estéticos e políticos visam a constituir um princípio racional de ação conduzido pela busca de expansão das forças vitais criadoras em contraposição ao “tu deves”, traduzido em ações pautadas apenas por códigos morais normativos.

Tais ações implicam decisões muitas vezes assumidas em meio a polêmicas da área, e pressupõem riscos — medos da ausência de diálogo entre os pares, suspeitas de que algo possa “dar errado”. O erro aqui aparece menos como força reativa e estagnante e mais como dor a ser experimentada na direção de uma tomada de decisão arriscada. Vejamos essa análise realizada a partir do filme, que nos permite pensar os elementos envolvidos numa tomada de decisão:

O ponto alto do filme de Almodóvar é a relação do enfermeiro com a moça em coma [...] e toda a polêmica que ela coloca sobre o que é saúde e doença, vida e morte também. Seria o personagem um psicopata por tratar a jovem como normal? Saudável a ponto de manter com ela um relacionamento amoroso? Foi um ato de amor ou uma agressão, um estupro? Se analisado somente pelo lado da razão, da ética profissional, da moral e dos bons costumes é extremamente controverso. Mas, se atentarmos para a forma como as cenas foram sutilmente sendo apresentadas, evidenciando um tratamento carinhoso da parte dele, num esforço de trazê-la à vida, através das histórias contadas, dos filmes narrados, dos cuidados com o corpo e de todos os seus atos, nos sensibilizamos. Para ele, ela estava viva. E estava realmente. Foi o que se constatou mais tarde, ao sair do coma. Teria sido seu ato de extremo amor, doentio ou não, que a trouxe de volta à vida? Ou foi a nova vida gerada em seu ventre? O que para ele estava dentro da normalidade, para os outros não estava. Seus atos controversos levam as pessoas a julgá-lo

doente, psicopata, à defesa de uma punição pura e simples, sem levar em conta o contexto onde tudo se passou (Aluno-Residente).

Entre a vida e a morte: transposição de limites para pensar a saúde

Através de seus atores, verdadeiros “personagens conceituais”, no sentido Deleuziano, o filme de Pedro Almodóvar suscita nos profissionais da área da saúde uma série de inquietações, tais como a problemática do normal e do patológico¹⁵ as fronteiras entre a lei, a moral e a ética ou ainda a enfermagem como uma “ciência sensível¹⁶“. Entre todas as questões produzidas pelo filme destacamos aqui a ambigüidade morte e vida presente no estado de coma da paciente, bem retratada no último depoimento.

168

Talvez o estado de coma cause tamanho estranhamento em todos nós porque é uma espécie de contraponto aos discursos modernos que tentam institucionalizar e racionalizar ao máximo a morte, criando entre ela e a vida uma falsa dicotomia, retirando ao máximo a morte da esfera da vida. Norbert Elias (2001) denunciou que nas sociedades modernas a morte tornou-se “um dos grandes perigos biossociais na vida humana”, cada vez mais ela é “empurrada para os bastidores da vida social”. Elias acrescenta: “nunca antes na história da humanidade foram os moribundos afastados de maneira tão asséptica para os bastidores da vida social; nunca antes os cadáveres humanos foram enviados de maneira tão inodora e com tal perfeição técnica do leito de morte à sepultura” (2001, p.31). Na contramão dessa tentativa de retirar a morte da vida, o estado de coma lembra-nos de que, mais do que uma dicotomia, há entre a vida e a morte um contínuo, e, independente de nossa idade e estado físico-psíquico, somos todos mortais.

Por fim, cabe destacar o que pretendemos e o que não pretendemos fazer nesse texto, a primeira questão que

¹⁵ Para um aprofundamento filosófico das questões que envolvem o normal e o patológico, consultar: CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

¹⁶ A hipótese da existência de uma “ciência sensível”, que encontraria na enfermagem um exemplo, é feita por Jacques Gauthier em seu artigo: “O que é pesquisar — Entre Deleuze-Guattari e o candomblé, pensando mito, ciência, arte e culturas de resistência”.

objetivamos destacar foi a de refutar qualquer pretensão de encontrar uma nova definição terminológica — um conceito pronto — sobre saúde que fosse capaz de apaziguar as inquietações que este conceito vem suscitando principalmente no campo da Educação Física e áreas afins. Coerentes com a perspectiva de Deleuze e Guattari procuramos atentar para o alerta que eles nos dão quando dizem que há sempre uma “insuficiência do conceito” (Wortmann, e Veiga-Neto, 2001, p. 26). Além disso, entendemos que hoje o próprio conceito de saúde passa por um estado de transição, ele é um conceito em disputa, uma disputa epistemológica, mas também política, que envolve saber e poder no sentido que assinalou Michel Foucault. Por isso o que pretendemos fazer neste artigo foi enfatizar a necessidade de novas práticas discursivas no campo da Saúde Coletiva e da Educação Física. Nesse sentido, apontamos para a necessidade de construir discursos que falam de uma perspectiva de corpo e de saúde que não esteja viciada pela linguagem do pensamento dicotômico de saúde versus doenças, normal versus patológico, vida versus morte. Buscamos discursos capazes de dizer de práticas corporais em que predominam as opções éticas e estéticas de saúde e corpo em detrimento das práticas e dos discursos politicamente dependentes do “biopoder¹⁷” estatal. Na esperança de que “é o próprio uso de uma palavra ou de uma expressão que vai determinando, passo a passo e, ao longo do tempo, os sentidos que a eles atribuímos” e “esses sentidos conectam-se com outros e esses, com mais outros, numa imensa, intrincada e instável rede de semelhança e afinidades¹⁸”, que ousamos construir um conceito de saúde próximo ao que Nietzsche chamou de a “grande saúde”¹⁹, aquela que desafia o “biopoder” o tempo todo.²⁰

17 “Biopoder” é o conceito utilizado por Michel Foucault, para falar das estratégias de que a sociedade moderna se utiliza para instituir políticas e práticas de governabilidade sobre o corpo. Foucault destaca que o “biopoder” não está ligado à repressão, à proibição, ao contrário, atuando no campo da micro-política, o “biopoder” incentiva, manda fazer. Ele dita normas de conduta sobre o corpo e sobre a vida moderna. Maiores considerações sobre a genealogia do poder em Michel Foucault ver: Dreyfus, H. e Rabinow, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

18 WORTMANN, Maria Lucia e VEIGA-NETO, Alfredo, 2001, p. 26.

19 Nietzsche faz algumas reflexões sobre sua concepção de uma “grande saúde”, no livro “Humano, demasiado humano”, Volume I.

20 Uma noção sobre o Estado da Arte dos discursos e também do conceito de saúde no âmbito da Educação Física brasileira pode ser encontrado consultando a produção feita pelo GTT Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE). Como exemplo dessa produção podemos citar o Livro “A saúde em debate na Educação Física”, organizado por Marcos Bagrichevsky, Alexandre Palma e Adriana Estevão, Editora Edibes, 2003.

Pelo que tudo indica, não sabemos ao certo o que escondemos atrás do arbusto. E isso não nos torna mais ou menos sérios academicamente. Apenas nos tranqüiliza quanto ao fato de que estamos tentando escapar de nós mesmos, escrever o que ainda não sabemos. Imprudência filosófica? Talvez. Porém lembramos que “os conceitos mais universais, os que são apresentados como formas ou valores eternos são, deste ponto de vista, os mais esqueléticos, os menos interessantes” (Deleuze e Guattari, 1992, p. 109).

Referências

BIANCO, Giuseppe. Gilles Deleuze educador: sobre a pedagogia do conceito. *Educação & Realidade*, v. 27, n. 2, p. 179-204, jul/dez, 2002.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n1, p. 8-12, 1991.

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana. (Orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes, 2003.

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

CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano I: artes de fazer*. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GAUTHIER, Jacques. O que é pesquisar: entre Deleuze-Guattari e o candomblé, pensando mito, ciência, arte e culturas de resistência. *Educação & Sociedade*, n. 69, p. 13-32, 1999.

GALLO, Silvio. *Deleuze & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

HABLE COM ELLA. Espanha: Fox, 2002. DVD.

LIMA, Homero Luis Alves. *Do corpo-máquina ao corpo-informação: o pós- humano como horizonte biotecnológico*. 2004. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

NIETZSCHE, Friedrich. *Humano, demasiado humano*. São Paulo: Victor Civita, 1983, p.83-152.

NIETZSCHE, Friedrich. Sobre verdade e mentira no sentido moral e extra moral. In: *Os Pensadores Obras Incompletas*. São Paulo: Victor Civita, 1983 p. 43–52.

NIETZSCHE, Friedrich. *A Genealogia da Moral*. Lisboa: Guimarães, 1983.

PRADO JR, Bento. A idéia de “Plano de Imanência”. In: ALLIEZ, Eric (Org.). *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 307-322.

SANT’ANNA, Denise Bernuzzi. *Corpos de Passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

WORTMANN, Maria Lucia Castagna; VEIGA-NETO, Alfredo. *Estudos Culturais da Ciência & Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

“MINISTÉRIO DA SAÚDE ADVERTE: VIVER É PREJUDICIAL À SAÚDE”¹

Elenor Kunz

Introdução

O tema ‘Promoção e Manutenção da Saúde através da atividade física’, em especial no contexto escolar, já é bastante discutido na área da Educação Física brasileira. No entanto, detecta-se que há uma excessiva preocupação terapêutica ou profilática no sentido de tentar solucionar ou prevenir problemas supostamente decorrentes da falta de atividade física. Isto fica evidente quando se apresentam os chamados “fatores de risco” à saúde e os cuidados a serem tomados para evitá-los. No presente trabalho proponho um outro entendimento de promoção de saúde e de movimento humano, no qual os “fatores de risco” dão lugar aos “fatores de proteção” à saúde.

O esporte e o “movimentar-se” do ser humano na forma de ginástica, especialmente nas academias, são vistos, como nunca antes, como uma atividade de máxima importância para a vida das pessoas. Quem não se movimenta morre cedo, diz o ditado. A mídia, inclusive, trata muito bem de divulgar e promover este entendimento. E como tudo neste mundo ganha significado social pela aceitação popular, principalmente depois de alcançar um grande destaque na mídia, ganha também a atenção do comércio, dos negócios. Foi assim, que primeiro se valorizou o esporte. O esporte como uma prática saudável, como um excelente agente de socialização e até de educação, especialmente para jovens. Até virar uma mercadoria das mais valorizadas no mundo inteiro. Atualmente o comércio de atividades que envolvem o movimento humano já transcendeu ao próprio esporte e se expande dia a dia. Desde as academias até os esportes radicais,

¹ Texto produzido a partir da mesma temática apresentada no XIV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e I Congresso Internacional de Ciências do Esporte, Porto Alegre, setembro de 2005.

tudo virou assunto de comércio. E para que um comércio gere realmente lucros, há a necessidade de se divulgar valores, efeitos e maravilhas que podem ser alcançados com o produto que vende. No caso, o produto é o movimento humano. Esta venda tem alcançado êxito não apenas pela propaganda que promete o milagre do embelezamento corporal e da saúde, mas, também, porque nossa civilização atual se tornou excessivamente tecnologicada. Existem cada vez mais instrumentos tecnológicos que facilitam nossa vida e, especialmente, as atividades que em outros tempos exigiriam esforço físico. Com isso, então, a população movimenta-se cada vez menos e, aliado a uma alimentação cada vez mais calórica, faz surgir o sedentário. Sedentário não é a pessoa que tem apenas excesso de peso, mas, sim, aquela que precisa de alguém ou de alguma instituição organizada para levá-la a se-movimentar. Muitas vezes não consegue mais, por sua própria vontade e condição social, encontrar uma forma de se movimentar de modo espontâneo e prazeroso. É com eles que o comércio do movimento humano e a mídia mais se ocupam. Estes, aliás, se apresentam como a maior justificativa atualmente para levar o maior número de pessoas a se movimentar de acordo com os padrões e valores socialmente aceitos, quais sejam: o esporte de competição e as atividades das modernas academias. Assim, o movimento humano passa a ser, cada vez mais, algo que precisa ser imitado e repetido. Imitam-se gestos idealizados por outros e se repete até a exaustão para que com isto se alcance o almejado efeito da modelagem corporal ou, então, o êxito esportivo.

Ainda sobram aqueles que, ameaçados pelos chamados “fatores de risco” anunciados pelos *experts* em saúde, especialmente pelos profissionais da Educação Física, os quais se movimentam na rua, em forma de caminhadas ou corridas ou, em piscinas, nadando. Muitos deles, além destas atividades, também fazem ainda, exercícios nas academias. Nota-se, ainda, que há uma especial atenção em todos estes praticantes do movimento humano sob *pressão* (fatores de risco ou embelezamento estético) pelo controle das atividades que realizam. Isto ocorre devido ao planejamento que é feito antes do início de uma prática, pelo próprio praticante ou através

de um destes profissionais da área médica ou da Educação Física. Planejamento que é, normalmente, rigorosamente realizado. Por exemplo, se alguém programar uma corrida de 5 km, ele fará o máximo que puder para que esta distância seja realmente percorrida, mesmo que no terceiro quilômetro o corpo já dê sinais de que algo não vai bem. Mas, não se aceita parar, não se aceita desistências, o planejado deve ser cumprido.

Implícito ao conceito de movimento humano pela saúde (fatores de risco) ou pela estética (modulagem corporal) existe a idéia de que para valores tão elevados e importantes na vida como ter saúde e beleza corporal é preciso fazer sacrifícios, realizar um esforço incomum para se ter acesso e ser alguém especial. Portanto, vale a pena se esforçar até a exaustão, mesmo que o “corpo” não esteja concordando com isto. “As pessoas fazem tanto esforço para ter saúde, que com o tempo nem a própria saúde agüenta” (Brodtmann, 2005).

A questão, portanto, a ser trata a seguir, após este quadro introdutório do conceito de “movimentar-se” para a promoção da saúde, é o tratamento dado ao tema saúde no âmbito da Educação Física Escolar.

A Educação Física e a promoção da saúde

A Educação Física sempre encontrou sua maior legitimidade na justificativa de que promove a saúde, mesmo que a prioridade prática se oriente para os esportes. Pois, outro de seus grandes propósitos, a detecção e o fomento do talento esportivo, atingem sempre uma minoria apenas, logo, reforça-se a idéia de que os demais, devem ser atendidos quanto às exigências da saúde ou em outros termos também denominado de “qualidade de vida”. Portanto, a preocupação com relação à saúde dos escolares vai desde a melhoria da capacidade aeróbica, para fortalecer o sistema cardio-pulmonar, até o reforço da musculatura dorso-lombar para que as crianças (menores em geral) suportem sem maiores problemas, suas mochilas sobre as costas e, por sinal, cada vez mais pesadas. Além disto, ocorrem, muitas vezes, certas preocupações terapêuticas ou profiláticas, que significa dizer que os

profissionais da Educação Física, realizam, com seus alunos, correções posturais, exercícios especiais para pessoas com adiposidade, deficiências respiratórias ou excessivamente magras, enfim promovem o condicionamento corporal numa perspectiva médica. Tudo isto para, num curto ou longo prazo, desenvolver um corpo mais estético e de aparência mais saudável, ou então, no mínimo, compensar possíveis “fatores de risco” à saúde.

Qual é a real possibilidade da Educação Física poder contribuir com a melhoria ou manutenção de uma boa saúde para as crianças e jovens no mundo de hoje?

Pesquisando sobre esta pergunta, verificou-se que o tema da saúde, em geral e a promoção da saúde por meio de atividades de movimentos, os exercícios físicos, a ginástica, corridas, natação, esportes, etc. são bem mais complexos do que normalmente são apresentados em nosso meio. Ou seja, existe a idéia de que a correta orientação de atividades físicas garante, em grande parte, a melhoria e a manutenção de uma vida mais saudável.

Para aprofundar um pouco mais esta questão, procurei entender melhor aquilo que de fato pode promover e manter uma melhor saúde para o ser humano. Desvinculei-me, por assim dizer, de idéias popularmente conhecidas e bastante divulgadas pela própria área, qual seja, a de que com a atividade física regular pode-se prevenir possíveis doenças, ou seja, que o movimentar-se com regularidade poderia compensar os chamados “fatores de risco” - também muito salientado pela área médica - e com isto impedir uma série de complicações orgânicas que possam ser responsáveis pelo surgimento de doenças sobre órgãos vitais como coração, fígado e rins, etc. Em geral, concebe-se como um dos problemas orgânicos mais sérios e que pode levar mais facilmente a doenças, o excesso de peso, e por isto procura-se eliminar este indesejável “fator de risco” através de cuidados especiais com a alimentação e com atividades físicas regulares. Porém, os fatores que provocam doenças, se olharmos apenas para os efeitos no aspecto físico do ser humano, são tantos que é praticamente impossível para qualquer pessoa se manter saudável por muito tempo, ou pelo menos ter uma vida longa. É preciso rever,

então e com novos olhares, alguns fatores e seus riscos para a saúde entre os já bastante conhecidos e outros como: a *alimentação*, cada vez mais deficiente e prejudicial à saúde e que, no entanto, de tanta promoção pelas agências de publicidade, passam a integrar normalmente o consumo de toda uma população (refrigerantes e hamburguers, entre tantos outros); a *tencologização* do mundo moderno que leva as pessoas a se movimentar cada vez menos; e, os fatores que são praticamente inevitáveis para qualquer ser humano neste planeta, como a *poluição ambiental* e o *ruído urbano* que se manifestam cada vez mais e não apenas nos grandes centros. Assim, pode-se concluir que todos nós, de uma ou outra maneira, somos seriamente atingidos por “fatores de risco” muito graves à nossa saúde. Por isto, nosso título, um tanto quanto irônico deste trabalho: “Ministério da saúde adverte: Viver é prejudicial à saúde”. E o número de fatores de risco neste sentido é alarmante ao ponto de que se alguém se concentrar excessivamente neles, para evitar que alguma doença ou mal venha atingi-la, é capaz de esquecer o mais importante para uma vida de qualidade e com saúde suficiente para uma vida longa: encontrar um sentido em tudo que realiza, especialmente, um sentido para a vida que se leva apesar de todos os riscos é que pretendo desenvolver melhor a seguir..

Quais são os fatores, então, que ainda nos mantêm saudáveis e como podemos nos proteger dos riscos que incidem sobre nossa saúde e, em especial, a saúde de crianças e jovens?

A concepção salutogenética como orientação para a promoção da saúde

Esta concepção, segundo Brodtmann (2003; 2006) foi inicialmente apresentada, nas ciências da saúde por Aaron Antonovsky em duas pesquisas (1979, 1987). A partir de algumas interessantes pesquisas empíricas, o autor chegou à conclusão de que mais importante que se preocupar com a questão patogenética (preocupação da medicina), é pesquisar e entender sobre o que de fato mantém a saúde das pessoas, mesmo aquelas que vivem em condições extremas.

Mesmo que no âmbito da Educação Física já existam, claramente, idéias que transcendem o conceito de saúde

orientado unicamente pela “condição física”, ou seja, a partir de fatores psicossociais e/ou ecológicos, etc. ainda assim, estas não alcançam o nível de compreensão que Antonovsky atribuiu ao seu conceito que denominou salutogenético. Por isto, vale a pena conhecer esta concepção de saúde. No caso de avanços já alcançados na área, é perceptível que há uma compreensão que transcende aos cuidados dos aparelhos cardíaco-respiratório, vegetativo e motor e que fatores emocionais como o bem estar, a liberdade, a remoção do medo, a descontração e a segurança, também passam a ser importantes para com os cuidados com a saúde da pessoa. Mas, seria suficiente?

Com a idéia inicial de Antonovsky, seguiram-se múltiplas pesquisas e assim, foi se percebendo que a atividade física regular e sistemática, voltada unicamente para o condicionamento físico e considerada em nosso meio como fator indispensável para uma vida saudável, deve ser, no mínimo, relativizada. Brodtmann (2006) apresenta um interessante exemplo para esta questão. Comenta o autor, que numa pesquisa realizada na Europa nos anos 80 para verificar, a longevidade, a maior expectativa de vida das classes trabalhadoras, entre as profissões do sexo masculino, foi constatado que não eram as profissões relacionadas ao esporte ou aos que precisam realizar algum esforço físico, nem mesmo aquelas pessoas que, além do seu trabalho regular, ainda se ocupavam sistematicamente com alguma atividade física, que apresentaram uma maior longevidade. Eram os padres católicos que alcançaram a mais longa expectativa de vida. E os de menor expectativa de vida? Os profissionais ligados às funções do magistério. No Brasil, certamente, poderíamos encontrar dados semelhantes desde que excluíssemos da pesquisa aquelas profissões cujos ganhos não permitem uma sobrevida digna e que não são poucas, infelizmente. Portanto isto leva a pensar, a refletir, sobre a importância de atividades físicas na escola que realmente possam promover uma vida mais saudável.

Um dos fatores mais prejudiciais à saúde de qualquer ser humano e que é por demais conhecido na área médica, é o estresse. Pensa-se muito que a atividade física regular seria a melhor forma de eliminar o stress do cotidiano. Até pode ser possível, porém, o fato de alguém se comprometer, consigo

mesmo, em realizar atividades físicas diárias, por exemplo, já pode ser mais um fator estressante. O que é possível confirmar, pela atividade física, é que se cria uma maior resistência aos chamados fatores estressores (ou estressantes) que nos afetam com cada vez maior intensidade. Por outro lado, em função de um mundo cada vez mais competitivo e exigente, aceitamos com grande facilidade solicitações cada vez mais pesadas e estressantes, levamos, desta forma, uma vida cada vez mais sob pressão e cheia de sobrecargas. Isto também vale para o mundo infantil. Precisamos desenvolver uma capacidade de resistir a estes fatores estressantes resultado de uma excessiva pressão para o rendimento e que recai numa sobrecarga física e psicológica. Antonovsky (*apud* Brodtmann, 2006) relaciona algumas destas capacidades que podem ser *adquiridas* (como, por exemplo, um conhecimento objetivo e claro sobre saúde e doenças) e outras que são *inatas* (constituição genética). Fundamental, no entanto, é o fato de saber que o Ser Humano é capaz de mobilizar e potencializar capacidades de resistir visando à manutenção de um equilíbrio entre viver com normalidade e conseguir uma vida saudável apesar das ameaças diárias. Este equilíbrio depende, para Antonovsky, mais uma vez, do grau de desenvolvimento de um “senso de coerência” que considera a base principal, que é de onde o ser humano extrai sua força de viver. Este “senso de coerência”, como base de apoio para equilibrar duas forças muitas vezes contraditórias, ou seja, as forças internas, de um viver com intensidade, e as forças externas, as sobrecargas que, na maioria das vezes, são prejudiciais à saúde. Manter este equilíbrio é que forma, segundo o autor, como que uma convicção profunda, um sentimento de confiança para com a vida e as nossas realizações e que promove desta forma então, um sentido muito intenso para esta vida que levamos. Assim, este “senso de coerência” não depende apenas de um profundo autoconhecimento, um conhecimento de si, mas deve contar com o apoio de outros, ou estar amparado por uma rede social onde nós nos movimentamos. Assim, é preciso pensar sobre medidas e possibilidades que podem ser previstas e orientadas no sentido de fomentar e manter esta convicção, esta extrema confiança para o enfrentamento com êxito dos

fatores estressores da vida e ainda elevar a auto-estima e realizar ações diárias com sentido e significado encontrando assim, também, um profundo sentido para a vida e que, certamente, passa pela auto valorização humana que só pode se estruturar numa integração e reconhecimento social.

Levando esta reflexão sobre o “senso de coerência” para o mundo da infância, pode-se observar que ali, em geral, existe uma motivação muito grande para a vida e para o sentido daquilo que realizam. Tudo faz sentido para elas, enquanto o adulto não interferir com suas proibições. Assim, muitos fatores, entre os quais a escola e a Educação Física podem abalar o centro de seu “senso de coerência” através de constantes situações de frustração e de fracasso a que são submetidas. Na Educação Física, é fato quase comum crianças e jovens se perceberem como indesejadas ou dispensadas de atividades mais atrativas, como as práticas esportivas. Sentem aquela prática como uma atividade para os mais talentosos apenas e se auto-excluem das mesmas. O próprio Antonovsky alerta que a estruturação deste “senso de coerência” se inicia na infância e que as experiências e vivências bem sucedidas ou fracassadas podem influenciar o resto de suas vidas de um modo favorável ou prejudicial para sua saúde.

Fundamental, portanto, para desenvolver um sentido para a vida e a convicção de realização de atividades significativas é a oferta de possibilidades de vivências de sucesso para todos. Uma das possibilidades pedagógicas mais importantes da Educação Física, conforme já apresentado em Kunz (1994), é oferecer vivências e experiências de movimentos às crianças e jovens que possibilitam ter algum sentimento de êxito, de ter sido bem realizado, do: - *ah... consegui!* São estas atividades que desenvolvem não apenas um melhor conhecimento de si, mas promovem a auto-estima, a integração social e o reconhecimento social que para uma promoção da saúde pode ser muito mais importante do que as atividades que envolvem grande esforço físico, como a corrida, a ginástica os esportes, etc. e melhor, até mesmo, do que, os cuidados com a alimentação e o controle de peso.

O desenvolvimento de um “senso de coerência”, portanto, não tem a ver com evitar ou prevenir contra os

fatores de risco através de atividades físicas e outros cuidados, mas, sim, com desenvolver um *fator de proteção* à saúde. Na Educação Física, dentro de uma concepção de movimento humano que a seguir apresento, são muitas as possibilidades de desenvolvimento de fatores de proteção, mas sempre relacionadas com a promoção de uma profunda convicção para um sentido nas realizações, nos movimentos e nas atividades propostas, bem como para a própria vida do jovem e da criança.

Brodtmann (2006) relaciona outros fatores de proteção importantes para resistir ao excesso de exigências e às sobrecargas pouco saudáveis de um mundo voltado para o rendimento, como é aquele em que vivemos. São eles:

- “A capacidade de se relacionar socialmente, entre outras, especialmente aquela que se funda na confiança para com outras pessoas (em vez de, já desde o princípio, julgar negativamente alguma pessoa).
- Ter a convicção de conseguir manter o controle nos mais diferentes e importantes acontecimentos da vida (em vez de estar sempre temendo pelo pior).
- Estar sempre aberto para o novo (em vez de estar sempre se apoiando apenas nas coisas já “asseguradas”);
- Estar sempre preparado para se engajar (em vez de ficar esperando que outros o façam).
- Ter sempre uma impressão otimista (em vez de pessimista e sempre esperar o pior, o insucesso).
- Apresentar uma atitude para perceber as mudanças mais radicais na vida como um desafio (e não como uma ameaça que temos que evitar de qualquer forma).
- Ficar numa expectativa de, graças às competências individuais, poder atuar sempre e em todas as situações (em vez de duvidar, desde o princípio, de suas próprias capacidades).

- Estar preparado para a perseguição de objetivos (em vez de se orientar sempre pelos objetivos que outros apresentam).
- Ter a capacidade de suportar conflitos (por exemplo, quando se pertence a um grupo social com alguns problemas internos, como o uso de álcool ou outras drogas e, ainda assim, se consegue manter uma independência com relação às atividades dos integrantes deste grupo sem ser afetado pela integração e convívio).”

A pergunta pedagógica decisiva para este momento é, então: como podemos realmente potencializar crianças e jovens na escola e em especial numa aula de Educação Física, e assim, promover uma educação para a saúde e que atinja a totalidade do ser humano e não apenas seus corpos físicos?

É preciso levar em consideração o conteúdo e a forma da organização e a oferta de movimentos às crianças e jovens pelos profissionais de nossa área.

Na impossibilidade, pelo pequeno espaço deste trabalho, de apresentar sugestões práticas e planejamentos didáticos, limito-me a apresentar uma proposta de mudança que considero indispensável, a mais importante, para alcançar algo na promoção da saúde como acima exposto. Esta mudança esta relacionada à concepção do movimento humano com o qual trabalhamos na Educação Física.

Uma nova forma de compreender o movimento humano

“Movimentar-se é uma inerente necessidade humana”. Existe uma outra maneira de se compreender e dar importância ao movimento humano. Esta maneira, porém, passa por um compreender-se também a si próprio, ou seja, um conhecimento de si que não vem da ciência, dos conhecimentos culturalmente existentes, mas da nossa própria vivência e experiência de mundo. E não há melhor forma de desenvolver um auto-conhecimento que através de um alegre e espontâneo movimentar-se. Melhor exemplo disto são as crianças. Aquelas com chances de se movimentar livremente têm, em geral, uma auto-estima muito mais elevada, um “senso

de coerência” muito positivo, são mais alegres e ativas, “vendem saúde”. Os adultos, no entanto, já doutrinados na cultura tecnologizada e no império da atividade física sob comando, com instrumentos que requerem grande esforço físico para resultar efeitos desejados, apresentam grande dificuldade de re-descobrir sua inerente necessidade de se movimentar. Esta é, talvez, a maior tarefa pedagógica na atualidade, ou seja, a de levar crianças e jovens a compreender a inerente necessidade de se movimentar e, como cada pessoa pode ajustar as suas próprias condições e capacidades para atender a esta necessidade. Por isto a Educação Física Escolar não pode levar os alunos a copiar e imitar movimentos idealizados por outros e massacrá-los corporalmente para se ajustarem a estes padrões e valores que para muitos requer esforços excessivos, portanto, inclusive prejudiciais à saúde.

Esta nova forma de compreender o movimento humano e sua utilização pedagógica já vem sendo pesquisada e divulgada há alguns anos na Europa, especialmente por autores holandeses como Buytendijk, Gordjin e Tamboer e, na Alemanha, especialmente por Andréas Trebels.

Estes autores, além de fundamentarem uma concepção de movimento humano na filosofia fenomenológica, destacam a dimensão dialógica do movimentar-se, o que significa dizer que existe uma relação dialógica entre ser humano e mundo e que é nesta relação que o homem constitui verdadeiramente sua visão de mundo, ou seja, seu entendimento das coisas, dos outros e de si próprio. Assim, num entendimento dialógico do movimento humano, este passa a ser, ao lado do falar e pensar, a mais importante forma de manifestação homem-mundo. Movimentar-se como diálogo passa a ser assim um “compreender-o-mundo-pelo-agir” (Tamboer, 1979).

A concepção dialógica do movimento humano é concebida como um “se-movimentar” em que a característica antropológica é destacada e não a caracterização biológica e mecânica como em geral o movimento humano é compreendido. O “se-movimentar” é o movimento vivo e para compreender este movimento é indispensável se referir:

- ao ator, o sujeito do movimento;
- a uma situação concreta na qual se vincula o movimento;
- um sentido/significado, guia indispensável do movimento e que irá ressaltar sua estrutura básica para a compreensão das ações.

Desta forma, não é o movimento que alguém realiza, uma criança, por exemplo, que interessa, mas sim, a pessoa, a criança, o jovem, que “se-movimenta” e, que se movimenta sempre sob determinadas condições, situações e particularidades pessoais o que confere a cada indivíduo um respectivo sentido/significado ao seu “se-movimentar”, sentido que possibilita uma importância ainda maior às suas realizações, seu fazer cotidiano, enfim, sua vida.

Não é hora de aprofundar esta temática e toda a teoria que fundamenta uma nova concepção de movimento humano, mas de destacar apenas a extrema importância que esta tem para o trato pedagógico do movimento humano numa aula de Educação Física e, em especial, para um trabalho de promoção da saúde conforme acima apresentado. Ficam, no entanto, indicações sobre este tema, apontada nas referências bibliográficas, em especial, Kunz (1991, 1994), Trebels (1992) e Kunz/Trebels (2006).

Síntese Conclusiva

Para o presente trabalho, infelizmente, não foi possível aprofundar a temática da promoção da saúde pelas atividades com o movimento humano na concepção salutogenética e da concepção dialógica do movimento humano. Espero, no entanto, que tenha sido possível apresentar e discutir algumas possibilidades de mudanças reais no intuito de tratar o tema pedagogicamente, ou seja, no contexto da Educação Física Escolar. Nisso é essencial entender a mudança de paradigma proposta por Antonovsky para a saúde, ou seja, da concepção patogenética para a concepção salutogenética, conforme destaque dado neste texto.

Neste sentido então sintetizamos a nossa compreensão do tema:

1. A promoção e manutenção da saúde de crianças e jovens numa aula de Educação Física não podem ser tema exclusivamente tratado em forma de terapia ou prevenção terapêutica sobre o corpo, através de uma compensação da carência de movimentos que a maioria apresenta, influenciada que é por um mundo que cada vez mais oferece ocupações apenas passivas. Assim como não se pode tematizar o prazer no jogo por este estar presente para quem nele participa de forma livre e espontânea, também a promoção da saúde estará presente para quem procura desenvolver no contexto escolar da Educação Física, atividades que possibilitam a vivência de sucesso a todos, garantido um sentido individual e coletivo a tudo que for realizado e que nestas atividades, ainda, se promova um autoconhecimento que eleve a auto-estima e uma visão positiva da vida e com todas as suas implicações sócio-culturais.
2. Fica evidente assim, que a primeira tarefa do professor que quiser tratar o tema da saúde nas aulas de Educação Física é rever seu conceito de movimento humano. É indispensável que em vez de se preocupar com o movimento que os/as alunos(as) realizam – talvez, melhor dizendo, imitam, copiam – se preocupe com os/as alunos(as) que se movimentam. Isto implica, acima de tudo e, além de muitos outros fatores, um conhecimento sócio-cultural e emocional do(a) aluno(a) e não apenas o conhecimento corporal, biológico.
3. Enfim, é praticamente dispensável dizer, que isto também implica numa revisão dos conceitos de escola, dos métodos de trabalho pedagógico, do papel do professor e do rendimento escolar dos(as) alunos(as), entre outros.

Referências

- ANTONOVSKY, Aaron. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, 1987.
- ANTONOVSKY, Aaron. *Health, stress and coping*. San Francisco, 1979.
- BRODTMANN, D. O que mantém as crianças e os jovens mais saudáveis? Novas maneiras de entender a saúde e suas conseqüências para a promoção e educação da saúde. In: KUNZ, E.; TREBELS, A. (orgs.). *Educação física crítico-emancipatória: uma perspectiva da pedagogia dos esportes da Alemanha*. Ijuí: Unijuí, 2006.
- BRODTMANN, D. Gesundheit – mehr als eine Sinnperspektive für den Sportunterricht? In: BACH, I; SIEKMANN, H. (orgs.). *Bewegung im Dialog*. Hamurg: Czwalina, 2003.
- HILDEBRANDT, R. *Textos pedagógicos sobre o ensino da Educação Física*. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2003.
- KUNZ, E. *Transformação didático-pedagógica do esporte*. 5. ed., Ijuí: Unijuí, 2003.
- KUNZ, E. (org). *Didática da educação física*. v. 2. Ijuí: Unijuí, 2002.
- KUNZ, E. *Educação Física: ensino e mudança*. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2001.
- KUNZ, E.; TREBELS, A. *Pedagogia do esporte numa perspectiva crítico-emancipatória: uma abordagem de pedagogos alemães*, Ijuí: Unijui, 2006.
- TAMBOER, J. *Movimentar-se: um diálogo entre homem e mundo*. Mar. 1979. (livre tradução de Sportpädagogik, 2/79, Seelze, Friedrich Verlag, 1979).
- TREBELS, A. H. Playdoyer para um diálogo entre teorias do movimento humano e teorias do movimento do esporte. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, p. 338-344, jun. 1992.
- TREBELS, A. H. Uma concepção dialógica e uma teoria do movimento humano. *Revista Perspectiva*, p. 249-267, jan/jun, 2003.

MERCADORIZAÇÃO BIOPOLÍTICA: SOBRE ESCOLHAS SAUDÁVEIS EM TEMPOS DE CONSUMO¹

Santiago Pich
Ivan Marcelo Gomes
Alexandre Fernandez Vaz

Introdução

Vimos surgir nas décadas de 1970 e 1980 uma explosão do discurso da aptidão física voltado para a promoção da saúde. Nesse período, a Educação Física escolar incorporou o referido discurso. Dentre outras características, observamos a implementação de estratégias avaliativas referenciadas em capacidades físicas como resistência cardiorespiratória aeróbica, resistência muscular, força e agilidade. Com muita frequência as notas escolares da disciplina Educação Física eram atribuídas conforme o rendimento do aluno em testes que, entre os mais representativos, encontramos o de Cooper, do banco de Wells, de força abdominal e de *shuttle-run*.

Naqueles anos foi protagonista o programa de Kenneth Cooper calcado na promoção da prática de exercício físico para o desenvolvimento da resistência aeróbica, do qual o teste homônimo era um dos seus componentes com mais ampla disseminação. De lá para cá o conceito do “Cooper” ou de “fazer Cooper” passou a compor o imaginário social vinculado a uma vaga idéia de praticar alguma atividade física para manter um bom nível de saúde. Por outro lado e de forma concomitante à disseminação do discurso do Cooper, a paisagem das cidades ganha um novo componente, as pistas de caminhadas e corridas que são percorridas diariamente por contingentes de cidadãos comprometidos com a sua “qualidade

¹ Uma versão preliminar deste texto apareceu na Revista Brasileira de Ciências do Esporte (Campinas, v. 27, n. 3, p. 137-151, 2006), sob o título de *Sobre algumas vicissitudes da noção de saúde na sociedade dos consumidores*. O trabalho recebeu apoio do CNPq no contexto do projeto *Teoria Crítica, Racionalidades e Educação* (2005-2008).

de vida”, atividades que normalmente são acompanhadas de uma sessão de alongamento antes ou depois da atividade aeróbica. Ainda, freqüentemente observamos alguns aparelhos, como barras fixas e paralelas e bancos declinados que se encontram ao lado da pista de caminhada e que são utilizados majoritariamente pelos homens para a realização de exercícios abdominais e os tradicionais “apoios de frente para o solo” e “suspensões na barra alta”. Em geral, todas essas atividades são realizadas sem nenhuma orientação profissional, dosando-se a carga conforme sensações subjetivas dos praticantes.

Se apontamos anteriormente o Estado Brasileiro como o protagonista das ações voltadas à promoção da prática de atividade física balizada no discurso da aptidão física para a promoção da saúde, sendo o campo escolar e o campo das políticas públicas do esporte seus dois principais espaços, parece-nos importante ponderar sobre o papel do Estado nesse sentido, nos últimos vinte anos².

A partir da década de 1980, no contexto da invenção de uma tradição chamada “crise da Educação Física” ou da convocação para que a Educação Física entrasse em crise (Medina, 1990), opera-se uma dura crítica à concepção que advogava para o campo a promoção da aptidão física. Os parâmetros avaliativos apontados no início deste texto deixaram de ser critérios de atribuição de notas, já que estariam atrelados a um ideário de rendimento corporal e de comparações objetivas que levariam a hierarquizações e discriminações dos “aptos” e “não aptos”. Ganha força a tentativa de produzir um discurso legitimador desta área de conhecimento que a referencie na cultura. Assim, a legitimação da Educação Física escolar a partir do discurso da aptidão física para a promoção da saúde se encolhe, sobretudo no cenário escolar³.

2 Destacamos que, perante a carência de trabalhos que investiguem esta problemática caminharemos com hipóteses de trabalho.

3 Por outro lado, destacamos, seguindo a sugestão de Bracht (2001), o processo atual de convalidação da prática da Educação Física escolar para aqueles alunos que comprovam a realização de atividades corporais em academias ou “escolinhas” esportivas. Essa prática parece estar orientada pela compreensão de que a Educação Física escolar seja uma prática de exercício físico para a promoção da saúde, podendo ser mais eficiente quando realizada de forma especializada e fora do contexto da escola. Observamos que no campo escolar acontecem dois fenômenos: por um lado a Educação Física escolar deixa de ser entendida como um campo de difusão do discurso da aptidão física para a promoção da saúde, por outro lado, começa a ceder seu lugar para o espaço privado no qual esse discurso ganha força nas décadas de 1980 e 1990.

As décadas de 1980 e 1990 podem ser apontadas como períodos marcados pelas práticas de ginástica de academia, particularmente as “aeroginásticas” e a musculação. Estes espaços ocupam um local alternativo e privado para a prática de atividades orientadas pelo binômio saúde-estética corporal, algo demarcado por dispositivos pedagógicos importantes como a televisão e as revistas ilustradas, espaços dos “sarados” e das “gostosas” (Hansen e Vaz, 2004), de produção dos corpos que têm no máximo rendimento a sua proposta. A partir deste momento multiplicam-se de maneira exponencial os serviços privados para a orientação deste tipo de atividades que complexificam a academia, tornando-a espaço para as mais diversas práticas, a musculação, as atividades aquáticas, programas específicos para grupos especiais como gestantes, idosos, pessoas com doenças crônico-degenerativas, etc. Mais contemporaneamente surge a figura do *personal trainer*, um confessor dos tempos contemporâneos.

Atualmente assistimos a produção de um discurso com um conteúdo mais ou menos homogêneo sobre a importância da prática regular de atividade física, mas que tem inúmeras vozes para a sua difusão, incluindo as revistas (pseudo)especializadas, as academias de ginástica e musculação, a reminiscência do conceito de “fazer Cooper” e as inúmeras propagandas que difundem a idéia de que “fazer atividade física faz bem à saúde”. Configura-se um quadro heteróclito de práticas corporais, realizadas em diversos espaços sociais, mas que se coadunam, na medida em que têm no conceito da aptidão física seu horizonte e nas instituições sociais de caráter privado seu *locus* privilegiado.

Destacamos ainda a crescente assunção por parte dos indivíduos sobre a auto-responsabilidade pela realização regular de atividades corporais. Estariam estas sempre legitimadas pela sua “contribuição à saúde”, em seu duplo caráter, uma vez assumida pelos indivíduos como saúde individual, mas que ao mesmo tempo se constitui como uma prática situada no processo mais amplo de interferência por parte do Estado-Mercado sobre o biológico do homem-espécie, da população.

Perante esse quadro, parece-nos possível levantar a hipótese de que os dispositivos *biopolíticos* na sociedade dos consumidores, para utilizarmos um termo de Zygmunt Bauman

(1999a), precisam ser pensados numa complexa relação entre Estado e Mercado como os protagonistas na regulação da vida da população. Assim, poderíamos propor ampliar a noção foucaultiana de biopolítica enquanto “estatização do biológico” (Foucault, 2000, p. 217), para entendê-la como uma “estatização e mercadorização do biológico”.

Interessa-nos discutir no presente texto o papel da apropriação por parte da Educação Física e dos seus agentes profissionais, do discurso de saúde referenciado na aptidão física enquanto um dispositivo *biopolítico* que transita da hegemonia do espaço do Estado para a esfera privada da economia no contexto da sociedade dos consumidores. Nesse sentido, aproximamo-nos das contribuições de Zygmunt Bauman sobre a ordem social contemporânea, entendida pelo autor como uma “sociedade dos consumidores”, para ampliar a discussão da biopolítica nesse terreno.

Lembremos que na segunda metade do século XVIII, como ensina Foucault (2000), surgiu um novo tipo de tecnologia de poder que, embora diferente da até então dominante – a disciplina – a integra e a modifica parcialmente. Enquanto a primeira se ocupa do *homem-corpo*, a segunda tem seu foco no *homem-espécie*, na *população*. Esta nova tecnologia é denominada pelo autor de *biopolítica* e inverte a soberania: do direito de “deixar viver e fazer morrer” para “fazer viver e deixar morrer” (Foucault, 2000, p. 218). O Estado, lançando mão do conhecimento sobre a vida que as Ciências Biomédicas produziram, tem na vida da população seu objeto privilegiado:

E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (Foucault, 2002, p. 289).

Parece possível inscrever o discurso da prática de atividade física referenciada na aptidão física para promoção da saúde, o “estilo de vida ativo”, neste registro. A produção discursiva sobre a prática da atividade física, bem como seu outro complementar, o discurso sobre a relação entre doenças

crônico-degenerativas e os “desvios comportamentais” (tabagismo, excessos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas etc.) que encontram na falta de atividade física, na hipocinesia, um dos seus principais fatores etiológicos. Pretendem ser eficazes na medida em que associam a primeira com uma vida mais longa e “com qualidade” e as outras com uma média de anos a menos que seu portador terá que sacrificar pela vida desregrada que levaria.

Esses discursos não são, no entanto, absorvidos de forma linear pelos indivíduos, uma vez que a circulação das narrativas é mediada pelos contextos nos quais atuam. Assim, as tecnologias envolvidas nesses processos são fundamentais para os processos de subjetivação.

Indivíduo e saúde: lugares e não-lugares do sujeito

Luc Boltanski (1979) aponta em um texto clássico sobre a produção social da saúde e da doença, que há uma correspondência entre a ordem econômica da sociedade e as representações sobre o corpo ou, utilizando as palavras do autor “o partido que [os sujeitos] podem tirar do corpo” (idem, p. 145). Os argumentos de Boltanski apontam para uma formulação que não se deixa reduzir ao determinismo econômico, mas mostram que as escolhas do indivíduo são cruzadas pelos valores, normas e crenças incorporados nos processos de socialização e mediados pela linguagem – que, por sua vez, faz significar e ressignificar os discursos de médicos e pacientes, assim como a mútua apropriação de ambos. Assim, o discurso médico torna-se eficaz, não a partir de si próprio, mas de sua reapropriação, o que implica em sua constante desconstrução e na consideração de ausência de uma suposta “pureza”.

A premissa de Boltanski – compartilhada, com maiores ou menores nuances, por estudos etnográficos feitos em diferentes circunstâncias – autoriza que consideremos, por exemplo, as práticas de cura e prevenção não como uma cópia ou aplicação do discurso clínico e científico, mas como um mosaico que pode incluir também procedimentos mágicos de toda espécie (simpatias, rezas, bênçãos etc.).

Mesmo com essas ressalvas, o discurso médico

científico serve como uma espécie de baliza que se articula com os valores de um determinado grupo. Isto fica ilustrado na abordagem desse autor quando se refere às expectativas das pessoas em relação aos conselhos dos especialistas:

Da mesma maneira, as expectativas em relação ao médico variam segundo a classe social do doente, a parte daqueles que esperam em primeiro lugar ‘regras de vida’, ou seja, conselhos e, mais precisamente, conselhos de prudência, sendo maior entre os membros das classes superiores, enquanto que os membros das classes populares desejam principalmente que o médico lhes administre ‘remédios enérgicos’ (1979, p. 164).

A importância desse discurso se vincula ao que o autor denomina de “necessidade médica” conectada aos processos de modernização. O aprimoramento técnico e a expansão das atividades médicas estimulam esta “necessidade cultivada” traduzida no presente consumo da saúde e da doença. Tais processos propiciam a elaboração de discursos sobre o corpo que provocam algo como uma “desinibição corporal”, de forma que, mais do que antes, fala-se mais sobre o corpo e progride a atenção a ele destinada. O autor ainda ressalta: uma vez iniciado este processo, ele só tende a aumentar em virtude dos aspectos circulares envolvendo a satisfação e a necessidade circunscritas nas esferas do consumo.

Isso é válido para os bens materiais [...] mas também para as ‘mercadorias intelectuais’ – ‘conselhos’, ‘instruções’ ou ‘serviços’ – que são produzidos e distribuídos pelos membros das ‘profissões de saúde ou de cuidados’, médicos, mas também ‘dieteticistas’, ‘higienistas’, ‘massagistas’, ‘esteticistas’ etc. (Boltanski, 1979, p. 179).

O discurso e as ações médicas apresentam um espaço privilegiado nesta produção de necessidades, pois são “os produtores legítimos desses serviços” (1979, p. 180) disponibilizados no mercado. O crescimento da “consciência do corpo” entrelaçada com este processo merece ressalvas, uma vez que também indicam aspectos coercitivos presentes nas relações sociais contemporâneas. Para Boltanski, os discursos sobre a saúde veiculados, por exemplo, nas revistas femininas, contribuem para que os agentes sociais sofram com

a “vergonha do corpo” quando se dispõem a adotar “os modelos de vida das classes superiores” difundidos nestes meios de comunicação e que apresentam como pré-requisito o aumento no consumo de mercadorias presentes nas prateleiras da saúde e da estética. Isso acontece de tal forma que

[...] com o fim de tornar possível a reconquista do corpo pelo sujeito, pode, também legitimamente, ser descrito como o final de um processo objetivo de desapropriação cultural, pois é correlato de um crescimento da necessidade social de ‘especialistas’, de especialistas do corpo e da necessidade social de regras, de instruções e conselhos que eles produzem, difundem e vendem (Boltanski, 1979, p. 184).

A necessidade médica descrita acima gera a vergonha do corpo não só entre as camadas com menor poder aquisitivo, mas também afeta aquele(a)s que se apropriam dos conselhos dos especialistas em relação aos “corretos” padrões de conduta e estética corporal.

Esta é uma das formas de inserção da Educação Física neste processo. Não há dúvidas de que a área procura contribuir com assertivas que se pretendem científicas para a promoção da saúde e o combate ao envelhecimento e à feiúra, dois males que a sociedade contemporânea procura extirpar porque os associam à doença e ao fracasso. Em uma palavra, à aproximação com a morte.

Predomina no campo da Educação Física uma visão de saúde oriunda das ciências médicas que procura se vincular àquele conceito divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entendido como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 2005). À Educação Física caberia tratar da “dimensão física” da saúde (Guedes e Guedes, 1993). A partir de parâmetros antropométricos e fisiológicos e, considerando uma certa universalidade do corpo humano, as prescrições do exercício físico constituem-se em uma conseqüência *necessária* a partir dos valores obtidos em avaliação física inicial. Nesse processo e em sua correspondente prescrição do exercício, são consideradas informações que dizem respeito aos hábitos de vida do indivíduo, entendidos

como as opções feitas para um determinado estilo de vida (*ativo*, por exemplo)⁴.

Assumimos como hipótese de trabalho que no campo acadêmico da Educação Física prevalece uma perspectiva epidemiológica que continua sendo algo conservador, mesmo naqueles movimentos mais críticos, uma vez que seguem empregando categorias como exercício físico, atividade física e aptidão física, ainda que procurem se diferenciar na análise das variáveis que constituem o fenômeno da saúde e do exercício físico⁵. O discurso crítico tem permitido mais amplitude na consideração e análise de fenômenos afeitos à saúde coletiva, como, por exemplo, a violência, bem como tem apontado fatores contextuais para compreender a dinâmica da produção discursiva, como escolaridade, renda, condições de moradia, acesso a serviços de saúde etc. Entretanto, a lógica a partir da qual se relacionam os fatores/variáveis antes mencionados, segue ainda a perspectiva da correlação causal, permanecendo na mesma lógica com a qual tem operado o discurso acadêmico tradicional. Faz isso, no entanto, não mais considerando apenas os fatores biológicos na perspectiva de causas e conseqüências necessárias, mas sim procurando observar relações necessárias entre os fatores sociais.

Se prevalece um discurso apoiado na “aptidão física para a promoção da saúde”, tanto na legitimação da atuação profissional, quanto na pesquisa, é porque, entre outros motivos, há uma continuidade nos critérios de produção do discurso entre aquele oficial da Biomedicina e o da aptidão física para a promoção da saúde. Ambos procuram apoio em critérios cientificistas para sustentar a sua produção. Dessa maneira, o discurso da aptidão física encontra uma ancoragem importante que lhe confere legitimidade. Por outro lado, vemos que as organizações internacionais que se ocupam e exercem o monopólio do discurso contemporâneo da saúde,

4 Essa perspectiva vem sendo criticada no interior mesmo da Educação Física, tanto por seu corte epistemológico cientificista, quanto por seu entendimento restrito sobre a problemática da saúde coletiva. Justamente a partir desta última, como campo de conhecimento tangenciado pelas Ciências Sociais, vem sendo feita uma denúncia da desconsideração das condições sociais como determinantes da saúde. Esta seria um resultado da produção social, ou seja, das relações sociais, como o trabalho, produzidas entre os seres humanos e seu mundo. Um bom exemplo dessa crítica pode ser encontrado em Palma, Estevão e Bagrichevsky (2003).

5 Ver, por exemplo, Monteiro e Gonçalves (1994) e Farinatti e Ferreira (2002).

em particular a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), dedicam um espaço particular à promoção da prática de atividade física, promovendo o que denominam um “estilo de vida ativo.”⁶

Um outro aspecto a ser considerado diz respeito à relação entre esse discurso e o mercado do *fitness* e do *wellness*, constituído por academias (inclusive de redes internacionais), indústrias de vestuário esportivo e de produção da parafernália tecnológica para a avaliação e prescrição de exercício físico, drogas legais e ilegais, dispositivos pedagógicos na forma de reportagens e mesmo revistas especializadas. A produção do discurso que se assenta sobre a base de um programa completamente calculável, alimenta e é alimentada por toda a gama de produtos e serviços que são lançados cotidianamente no mercado. Esta *performance* está centrada na intersecção dos binômios ciência & tecnologia e, embelezamento & saúde, conformando unidades indissociáveis no imaginário social contemporâneo. Os diversos veículos de comunicação, em particular revistas especializadas e orientadas principalmente para o público feminino, veiculam constantemente mensagens operando essa associação e oferecendo informações que mesclam assertivas oriundas da ciência, prometendo tornar os corpos semelhantes aos apresentados nas capas.

Um terceiro componente que confere legitimidade ao discurso da aptidão física é a relação entre os campos acadêmico e profissional. Os inúmeros eventos no Brasil que promovem a relação entre saúde e atividade física – freqüentemente patrocinados pela indústria do *fitness* e *wellness* – congregam um grande número de participantes, pautando um *discurso único* sobre a saúde, o da aptidão física e, oferecendo dois grandes produtos: cursos “teóricos” com informações científicas que explicam parâmetros claramente identificáveis e quantificáveis para a avaliação e prescrição de exercício físico; um grande leque de cursos “práticos” nos

6 Recentemente (junho de 2005) a OPAS concedeu o prêmio “*Cidades ativas, cidades saudáveis*”, no qual um dos itens era “recreação e esporte” (ver <http://www.opas.org.br>). Ainda, no site da OMS um dos denominados “temas da saúde” é a atividade física, sendo que em 2002 o dia mundial da saúde foi consagrado sob o slogan “pela sua saúde, mexa-se” (ver http://www.who.int/topics/physical_activity). Ao mesmo tempo, observamos a presença do discurso da aptidão física para a promoção da saúde em ações de estruturas governamentais. O exemplo mais conhecido é o programa *Agita São Paulo* que conta com o apoio do Governo Estadual de São Paulo.

quais os participantes se familiarizam com as novas coreografias e estilos de *aeroginásticas*. Parece haver uma correspondência entre as expectativas dos consumidores e a oferta dos produtos, algo que se fortalece na medida em que a grande maioria dos profissionais formados em Educação Física tem como pano de fundo um processo de formação pautado por uma visão técnico-instrumental de ensino.

Percebemos que o discurso da aptidão física para a promoção da saúde tornou-se hegemônico e isso tem a ver com suas homologias epistemológicas com o discurso oficial da biomedicina, por sua estreita relação com a indústria do *fitness* e *wellness*, versão equivalente do complexo médico-industrial no campo da atividade física e, pelo crescente interesse das agências oficiais da saúde contemporânea no “estilo de vida ativo”.

É preciso verificar, então, como isso se relaciona com a sociedade dos consumidores, com uma contemporaneidade afeita ao efêmero e ao casual, no qual o corpo, como materialidade incerta, experimenta suas vicissitudes.

A saúde e sua atualidade sociológica: breve reflexão sobre o indivíduo saudável na sociedade de consumidores

A questão da saúde pode ser interpretada a partir da noção de *escolhas* que, por sua vez, pode ser observada sob uma perspectiva que ressalta a pressão exercida pelo mercado que configura, pelas balizas que impõem uma *sociedade de consumidores* (Bauman, 2001). A posição de Bauman indica uma prevalência de elementos-chave da experiência moderna, mesmo com suas mudanças de foco e ênfase; ressalta o processo de individualização existente e a precariedade de referenciais externos ao indivíduo; aborda possibilidades reflexivas geradas nas escolhas concernentes ao indivíduo e disponibilizadas pelo mercado; aponta a provisoriedade e constante disponibilidade de novas escolhas provenientes das inovações tecnocientíficas.

Podemos dizer que as experiências e criações presentes na emergência da modernidade ainda permanecem, como a construção de normalizações para classificação dos

indivíduos, o predomínio da ciência e mesmo, com algum risco, dos processos de industrialização. Mas esta afirmação deve ser contextualizada em outros termos, ao seguirmos a argumentação de Bauman. A ênfase no mundo do trabalho foi deslocada da sociedade de produtores para uma outra, de consumidores, em virtude das inovações tecnológicas que permitiram a ampliação da oferta ao consumidor e a diminuição do número de operários. A flexibilização do trabalho e as constantes inovações tecnológicas também contribuem para que sejam colocadas novas exigências ao trabalhador. Tais mudanças auxiliam a explicar o “porquê” da efemeridade dos produtos e a inerente *mudança de postura* do trabalhador e do consumidor nesse contexto. Ou seja, os processos de normalização têm que ser compreendidos agora, a partir de uma ênfase no consumo, diferentemente da sociedade moderna em seu início, com características mais disciplinares, na qual o foco estava afeito à preparação do trabalhador para a indústria e à busca de um outro tipo de ordem. Segundo Bauman (1999a, p. 85), “Hoje em dia estamos todos em movimento”, uma vez que vivemos num momento em que estar parado significa não se adequar a um mundo que exige constante inovação e disponibilidade para experimentar novas situações criadas para o “deleite” dos consumidores. Bauman mais adiante arremata: “Nossa sociedade é uma sociedade de consumo” (Ibidem, p. 87).

Parece haver um processo em curso que, longe de ser redutível a oposições binárias contrapostas homogeneamente, deixa-se compreender por um conjunto de experiências complexas, contraditórias e que são interpretadas e incorporadas pelos indivíduos de modo fragmentado e sob múltiplas combinações possíveis, jamais de forma “pura”. Dele faz parte a exacerbação caótica do consumo aliada à perda de referenciais externos ao indivíduo que propiciaram uma radicalização do processo de individualização (Lash, 1997), a *precarização* do mundo do trabalho (Bourdieu, 1999) e a diminuição do poder decisório do Estado-Nação no contexto neoliberal (Bauman, 1999a, 2001). Tudo isso aliado às incertezas vivenciadas nas transformações cotidianas como as observadas na estrutura da família tradicional (Giddens, 1993). Nada mais esperado nesse contexto, do que os

indivíduos serem levados a uma situação-limite, dotando-os e responsabilizando-os pelas escolhas que necessariamente têm que ser feitas para operacionalizar as condutas diárias e apostas futuras.

A saúde, principalmente no séc. XIX e nas primeiras décadas do século XX, estava vinculada a um padrão fixo para estabelecer o trabalhador produtivo ou então, o indivíduo *normal* para fortalecer os quadros do Estado-Nação, servindo de referencial para correção de *anormais* ou mesmo um índice para eliminá-los, apresenta na atualidade características mais vinculadas à noção de *aptidão*, sendo que os parâmetros vêm perdendo a força de sua conotação coletiva e impondo uma responsabilização individual.

No ambiente *reflexivo* e *consumidor* da modernidade a saúde reflete a insegurança e a incerteza provenientes das constantes alterações advindas da ciência e das exigências do mercado. Ela está inserida no universo das escolhas que os indivíduos têm que executar para tentar aplacar os riscos causados por estas mudanças. Tais alternativas não apresentam mais um ponto fixo que o indivíduo poderá culpar caso a opção seja incorreta – como antes poderia acontecer ao se responsabilizar o Estado-Nação em virtude de ser um “Grande Irmão” que não prestou a devida ajuda. As escolhas são de responsabilidade individual; ou seja, a opção incorreta terá como único culpado o próprio indivíduo na *sociedade de consumidores*.

A saúde pode ser vista, concomitantemente, como mais um dispositivo nas estratégias disciplinares e/ou um elemento a mais do conhecimento no ambiente reflexivo da modernidade. Assim, se por um lado novas dietas são criadas para satisfação mercadológica, elas permitem também um impacto perante o indivíduo que cada vez mais está dotado – tendo em vista as diferentes possibilidades econômicas e de acesso ao conhecimento – de informações referentes à busca de uma situação que lhe amplie as possibilidades referentes a sua saúde. A busca pela saúde “perfeita” na atualidade se caracteriza pela necessidade de um corpo flexível e ajustável: apto, com pouca gordura e muita rigidez muscular:

Uma 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 auto-exame minucioso, auto-recriminação e autodepreciação permanentes, e assim também de ansiedade contínua (Bauman, 2001, p. 92-93).

Esse contexto permite pensar a Educação Física por ela estar envolvida em práticas que tanto permitem estratégias disciplinares quanto reflexivas. Configura-se, então, como uma *nova conselheira*.

A Educação Física como nova conselheira

Na emergência da modernidade os indivíduos mesclavam a expectativa de certezas que se baseavam nos caminhos apontados pelo Estado-Nação, articulados com as “verdades” provenientes da ciência e que pareciam assegurar uma perspectiva futura de segurança em relação ao domínio da natureza e ao progresso social. Existiam pontos-fixos que possibilitavam aos indivíduos a identificação dos seus conselheiros, tendo em vista que eram poucos e geralmente bem localizados no Estado e comprometidos com seus aconselhados.

Como abordado anteriormente, estes pontos-fixos passaram por mudanças que abalaram as certezas provenientes de seus conselhos. Hoje o indivíduo tem à disposição uma série de conselheiros, mas não lhe parece mais que haja garantia de verdades duradouras – que, de fato, nunca existiram a não ser no plano das políticas da consciência. Os conselheiros estão espalhados nas diversas prateleiras do mercado, nas instituições governamentais e nos inúmeros outros sistemas de especialistas. A confiança no conselho torna-se frágil e efêmera em virtude dos riscos atrelados às escolhas e à própria provisoriedade dos conselhos provenientes da ciência e do mercado⁷. Como nos lembra Bauman:

As receitas para a boa vida e os utensílios que a elas servem têm data de validade, mas muitos cairão em desuso bem antes dessa data, apequenados, desvalorizados e destituídos de fascínio pela competição de ofertas novas

⁷ Sobre as noções de confiança e risco ver Giddens (1991).

e aperfeiçoadas [...] Esta é a continuação da corrida, a satisfatória consciência de permanecer na corrida, que se torna o verdadeiro vício – e não algum prêmio à espera dos poucos que cruzam a linha de chegada (2001, p. 86).

Uma característica dos *conselheiros* atuais é que suas informações restringem-se, no que se refere aos resultados esperados, ao mundo privado. O indivíduo, mesmo que tenha disponível uma série de “receitas” de como ser saudável, terá que efetivar essa busca sozinho. A responsabilidade individual dá-se tanto nas escolhas como na efetivação dos conselhos.

Dessa forma, podemos interpretar que os especialistas, como os professores de Educação Física, são uma expectativa de garantia, mesmo que relativa, num mundo de incertezas. Eles proporcionam uma espécie de minimização dos riscos para que o indivíduo se sinta mais seguro em suas escolhas. Assim, estes professores também oferecem seus serviços para solucionar problemas privados como modelos para se alcançar a qualidade de vida. Em alguns espaços de atuação estes conselhos se tornam rituais, como nas academias de ginástica e musculação, verdadeiros templos de culto ao corpo com seu correspondente evangelho, as revistas ilustradas, todas reunindo os especialistas-conselheiros corporais: professores de Educação Física (cada vez mais com atuação individualizada, os *personal trainers*), nutricionistas, esteticistas, cirurgiões plásticos etc.

Um outro aspecto a ser ressaltado refere-se ao papel dos conselheiros na produção do conhecimento. Os profissionais da Educação Física articulam-se aos sistemas de especialistas que constroem novas demandas de conhecimento e necessidades na esfera da saúde. Eles fortalecem os novos padrões e aptidões a serem alcançadas pelos indivíduos. Para Bauman (1999b, p. 226), no entanto, “em vez de alcançar a prometida redução dos problemas que perturbam o controle da vida, a crescente sofisticação das técnicas especializadas redundam na multiplicação dos problemas. Técnicas em busca de aplicação mascaram-se de problemas que pedem solução”. A relação entre a produção desenfreada do conhecimento e a mediação mercadológica mostra-se na edificação de um processo que em grande medida é auto-referenciado: produz-se conhecimento em função de seu próprio acúmulo.

Apontamos mais dois elementos para análise. O primeiro refere-se ao grau de mediação reflexiva gerada na modernidade e agenciada pela *conselheira* Educação Física. O segundo indica as tensões provenientes da área e sua relação com a *confiança*.

O primeiro aspecto reflete a relação entre *conhecimento*, *mercado* e *contexto*. A diversidade de escolhas na atualidade não está à disposição dos indivíduos de forma linear. Se por um lado constatamos que as escolhas podem ser vinculadas às possibilidades reflexivas e à responsabilização individual descritas como características da modernidade, por outro, devemos limitar tal afirmação, principalmente no que se refere à reflexividade, em virtude das condições individuais nesse processo. Esta relação, que se dissemina nos mais variados contextos da sociedade de consumo, precisa ser nuançada. Como mostra Bauman (1999b, p. 223) em relação às escolhas, “Uma vez que é vista como condição de liberdade e não como de opressão, é improvável também que sua expansão encontre séria resistência”. Ele ressalta a mediação mercadológica neste processo – “A vida desejada tende a ser a vida vista na TV” (Bauman, 2001) – criando as metáforas do *turista* e do *vagabundo* (Bauman, 1998) para tentar explicar o grau de mobilidade de ação dos indivíduos em relação às oportunidades sedutoras do consumo. O acesso às informações sobre a saúde, intervenções especializadas sobre o corpo, prazeres e novas experiências advindas deste modelo social, apresentam barreiras conforme as condições individuais que para alguns ampliam seu grau de mobilidade, ao passo que para outros diminuem ainda mais: “Quanto mais escolhas parecem ter os ricos, tanto mais a vida sem escolha parece insuportável para todos” (Bauman, 2001, p.104). Em outros termos: as escolhas se fortalecem como algo desejado pelos diversos indivíduos; o que não é uma questão de escolha é o grau do acesso a elas. Giddens (2000) contribui com esta argumentação ao afirmar que: “A sociedade de risco, vista pelo lado positivo, aumenta as oportunidades de escolha. Ora, tais oportunidades se acham desigualmente distribuídas conforme a classe e a renda” (p.144-145).

Podemos argumentar que os diferentes desafios e oportunidades enfrentadas pelo indivíduo em relação ao seu

corpo e a sua saúde possibilitam processos reflexivos, pois, se nossa interpretação estiver correta, é o indivíduo em última instância que escolhe entre as opções disponíveis. Assim, duas imagens poderiam ser ilustrativas deste processo: uma que visualiza que a inerente expansão do conhecimento sobre a saúde refletirá nos diversos indivíduos, independente das camadas sociais, sem que tais avanços sejam traduzidos como garantias de “boa saúde”, já que vivemos num mundo em que se expandem os *riscos fabricados* (Giddens, 2000) provenientes desse processo. A outra imagem ressalta o abismo que se constrói entre a publicidade dos prazeres nos processos da indústria cultural, como o culto ao corpo saudável e, o grau distinto e privado de acesso a eles. A condição de não viver de forma saudável é interpretada pelo indivíduo como de sua inteira e imensa responsabilidade. A segunda questão envolve as tensões provenientes do campo da Educação Física, que cria diferentes práticas e discursos sobre a saúde. Esse aspecto reforça a sensação de falta de garantias vivenciadas pelos indivíduos, já que a tensão provoca a construção de divergentes conhecimentos e técnicas sobre o que seria ser saudável. O indivíduo deve optar entre os diferentes saberes a partir do repertório de informações que lhe são disponibilizadas. Os dispositivos da indústria cultural podem ser o fiel da balança nessas escolhas.

À guisa de conclusão: alguns aspectos sobre o entrelaçamento de Biomedicina e Educação Física

Entendemos que para que seja possível dar algumas pistas para compreendermos essa relação, devemos colocar uma questão: o que a saúde tem sido para a Educação Física? E vice-versa, o que esta tem sido para aquela? Porque sempre há uma tensão entre os componentes envolvidos na relação, faz-se necessário identificá-los. Sabemos que num campo discursivo os agentes do processo se constituem na relação que entre eles se estabelece (Orlandi, 1987) e não a partir de uma constituição anterior ao próprio ato discursivo, como se existisse uma “essência” que se colocasse em diálogo com uma outra. A Educação Física parece ter sido um produto do interesse das políticas do Estado sobre o corpo, uma expressão *biopolítica*, para falarmos em termos foucaultianos, um conjunto

de dispositivos de controle. Ora, se invertemos esta relação, e pensarmos no interesse da Educação Física na saúde, podemos dizer que esta é a primeira via de legitimação desta área como prática social. Assim, é na esteira do discurso da saúde, amparado e legitimado pelo discurso político que a Educação Física encontra seu (primordial) lugar ao sol.

Devemos nos deter em um aspecto do discurso biomédico sobre a saúde. Por um lado, sobre o lugar do sujeito no processo de cura, e por outro nas implicações dessa relação cada vez mais mediada tecnologicamente. Segundo ensina Foucault (2004), a modernidade inaugura uma forma específica de relação com a verdade, calcada no conhecimento. O acesso à verdade não está pautado no comprometimento do sujeito consigo, mas por um trabalho da cognição com pretensões de validade universal, sem-fim e auto-referenciado. Assim o que se realiza é um processo indefinido de produção de conhecimento. Nas palavras do autor:

A consequência disto, ou, se quisermos, o outro aspecto, é que o acesso à verdade, cuja condição doravante é tão somente o acesso ao conhecimento, nada mais encontrará no conhecimento, como recompensa e completude, do que o caminho indefinido do conhecimento. Aquele ponto de iluminação, aquele ponto de completude, aquele momento da transfiguração do sujeito pelo “efeito do eterno retorno” da verdade que ele conhece sobre si mesmo, e que transita, atravessa, transfigura seu ser, nada disto pode mais existir (Ibidem, p. 23).

Essa relação com o conhecimento, traduzida para o campo da Biomedicina, produziu uma relação instrumental médico-paciente, reduzindo o segundo a uma estrutura mecânica sobre a qual o médico deve intervir. Vale lembrar a lição de Canguilhem (2004), segundo a qual o médico deveria assumir uma relação pedagógica com o seu paciente. Isto é, uma relação que possibilitasse ao paciente compreender-se como um agente no processo de cura.

Por outro lado, queremos chamar a atenção para as formas como o discurso biomédico se torna discurso social sobre a saúde. Este é o da prevenção (Palma *et al.*, 2003). Esse discurso está pautado na perspectiva de que o indivíduo é aquele que, a partir das informações que recebe por meio

de diversos meios de comunicação, principalmente das campanhas de divulgação de saúde pública, deve adotar “hábitos de vida saudáveis”, o que no campo da Educação Física tem sido denominado “estilo de vida ativo”. Segundo os supracitados autores esse discurso provoca a “culpabilização da vítima”, isto é, culpa o indivíduo por não seguir os preceitos, ou os “conselhos” que são socialmente veiculados. Esse processo não é isento de contradições, uma vez que os conselhos não são unívocos, nem mesmo as formas de apropriação são homogêneas.

Assim se estabelece uma aporia entre o corpo silenciado sobre o qual a medicina atua e o indivíduo calado porque deve obedecer e ser responsável para agir conforme os preceitos médicos. Nesse sentido, vemos reproduzido o que Orlandi (1987) entende caracterizar a relação do sujeito (sujeitado) com Deus, que se pauta pela contradição de o sujeito ser entendido como dotado de livre arbítrio, mas, dentro dos limites de aceitação da palavra divina. Ainda, em virtude da existência de espaços de ação mediados pelo mercado, os indivíduos, resistentes a tornarem-se vítimas, a assumirem culpas alheias, profanam freqüentemente a palavra divina, fazem pactos com outros deuses, complexificam e tornam mais heterogêneo o processo de cura.

Zygmunt Bauman falou em *turistas* e *vagabundos* para caracterizar as duas grandes personagens da sociedade de consumidores. Os primeiros usufruem as novidades e buscam colecionar e aumentar o seu leque de sensações. Os segundos carecem de mobilidade para se deslocar nas diversas, porém restritas, oportunidades existentes. No contexto ambivalente em que vivemos, potencializado pelo consumo, podemos perceber que os turistas buscam ampliar suas escolhas em espaços considerados estranhos para o modelo da ordem moderna, como atestam as incursões nas tradições esotéricas e obscurantistas. Terapias “alternativas” são procuradas, dentre variadas possibilidades, como opções de um estilo de vida saudável. Para os vagabundos, a maioria de nós, estas imagens estão confinadas a espaços públicos decadentes e que “ampliam” suas escolhas ao encerrarem uma placa: “Fechado – Procure outro Posto de Saúde. E não se esqueça: caminhar faz bem à saúde”.

Referências

- BAUMAN, Z. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999b.
- BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BAUMAN, Z. Turistas e vagabundos: os heróis e as vítimas da pós-modernidade. In: BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 106-120.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOURDIEU, P. O fim de um mundo. In: BOURDIEU, P. (Org). *A miséria do mundo*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRACHT, V. Saber e fazer pedagógicos: acerca da legitimidade da Educação Física como componente curricular. In: CAPARROZ, F. E. *Educação Física escolar: política, investigação e intervenção*. p. 67-79. Vitória: PROTEORIA, 2001.
- CANGUILHEM, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
- FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. Educação física escolar, promoção da saúde e aptidão física: prevenção primária ou modelo de capacitação? *Motus Corporis*, v.9, n.1, p.75-101, 2002.
- FOUCAULT, M. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. Unesp, 1993.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GIDDENS, A. *Conversas com Anthony Giddens: o sentido da modernidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Educação Física escolar: uma proposta de promoção da saúde. *Revista APEF*, v.7, n. 14, p. 16-23, 1993.

HANSEN, R.; VAZ, A. F. Treino, culto e embelezamento do corpo: um estudo em academias de ginástica e musculação. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v. 26, n. 1, p. 135-152, set. 2004.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LASH, S. A reflexividade e seus duplos: estrutura, estética e comunidade. In: BECK, U., GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva*. São Paulo: Ed. Unesp, 1997. p. 135-206.

MEDINA, J. P. S. *A Educação Física cuida do corpo e... mente: bases para a renovação e transformação da Educação Física*. 9. ed. Campinas: São Paulo, 1990.

MONTEIRO, H. L.; GONÇALVES, A. Salud colectiva y actividad física: evolucion de las principales concepciones y practicas. *Revista Ciencias. de la Actividad Física*, v. 2, n.3, p.33-45, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da OMS*. Disponível em: <http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&jump=Constitution&softpage=Document42#JUMPDEST_Constitution> Acesso em: 15 de julho de 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Representação Brasil*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 28 de junho de 2005.

ORLANDI, E. (Org). *Palavra, Fé, Poder*. Campinas: Pontes, 1987.

PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M.
Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à
promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.;
ESTEVÃO, A. (Org.) *A saúde em debate na educação física*.
Blumenau: Edibes, 2003. p. 15-31.

SEDENTÁRIO 'SEM-VERGONHA', SAUDÁVEL 'RESPONSÁVEL'? PROBLEMATIZANDO A DIFUSÃO DO 'ESTILO DE VIDA ATIVO' NO CAMPO SANITÁRIO¹

Marcos Bagrichevsky
Luis David Castiel
Paulo Roberto Vasconcellos-Silva
Adriana Estevão
Alexandre Palma

Iniciando por dois pecados capitais

O senso comum costuma associar a idéia de pecado à violação de regras, como um desvio do caminho da virtude moral ou espiritual, um equívoco comportamental gerador de malefícios para as pessoas ou grupos aos quais pertencem. Em tempos recentes surgiram conotações teleológicas (não-teológicas), associando o pecado ao erro factual, não-moral (Kotler, 2004), além de outras hibridizações sugestivas entre factualidade e moralidade que aproximam áreas aparentemente inconjugáveis. Há, inclusive, menções à existência de inclinações morais inscritas em nosso 'genoma espiritual', o que nos deixaria vulneráveis (bem como nossos progenitores) às tentações mundanas (Jones, 2003).

A categoria 'pecado' outrora se relacionava apenas às idéias cristãs de culpa e punição. Entretanto, a historicidade da moral e das regras de conduta revela que o conceito de pecado adquiriu contemporaneamente o *status* de uma idéia cambiante, embora haja filósofos que aceitem a existência de valores universais e suas proscricções derivadas (como as que protegem a vida). Porém, o pecado, em si, como noção geradora de comportamentos e discursos, não é o tema central

¹ A formulação deste título foi parcialmente inspirada pela leitura do artigo de Dagmar Meyer et al., publicado na *Revista Estudos Feministas*, v.12, n.2, p.51-76, 2004, em função do forte apelo estético e ético que a chamada inicial do mesmo aporta. Grande parte dos argumentos arrolados neste texto é produto das pesquisas apoiadas pelo CNPq (Projeto 409436/2006-2, Edital 23/2006) e pela FAPESB (Processo 6980, Edital PPP/2006).

do presente texto. Não obstante, a força retórica da idéia de *erro* ou *desvio de conduta que leva a prejuízos para si e para outros* nos possibilita explorar mais adiante alguns elementos situados ao redor da questão nuclear deste trabalho, já sinalizada desde o título.

Há quase dezesseis séculos os pecados capitais são utilizados como uma espécie de ‘*ranking* de vícios’ aos quais se antepõem sete grandes virtudes que conduziriam as almas maculadas à retidão espiritual. Tais ditames exercem um certo peso na formação moral do ocidente porque têm sido usados secularmente na educação cristã para ‘proteger’ os crentes de seus instintos carnis.

Segundo Panati (1996), os primeiros teólogos da Idade Média classificavam os pecados em duas grandes categorias: os perdoáveis, que dispensam o sacramento da confissão; e os capitais (ou mortais), merecedores de condenação. Nas origens desse rol de vícios, o monge grego Evágrio do Ponto (345 – 399 d.C.) definiu (assim como a doutrina cristã desde sempre) que os pecados se agravariam na medida em que tornassem o homem mais centrado em si, refém de demandas carnis incontidas e de pernicioso vaidade. Destacou, assim, o *orgulho* como a mais condenável das imperfeições morais/espirituais – auge da fixação humana no ‘si mesmo’. Ao final do século VI, iniciou-se um processo, ao mesmo tempo, de refinamento e abreviação da lista original de comportamentos reprováveis. Nesse período, o Papa Gregório fundiu a *vaidade* ao *orgulho* e acrescentou a *inveja* na referida relação (entre outras modificações).

Somente mais de mil anos adiante, no século XVII, a *preguiça* passaria então a integrar o conjunto de adjetivações morais mal aceitas na perspectiva da redenção celestial. Na época, o comportamento indolente, sinônimo de pouca disposição ou aversão ao trabalho (ou a outra forma de atividade que envolvesse esforço físico ou intelectual), assumiu uma conotação de ‘erro espiritual’, produtor de malefícios desviantes da norma desejada.

Nos dias de hoje, a *preguiça*, a *indolência* e a *ineficiência* ou *lentidão* nas ações rumo à consecução de objetivos em diferentes esferas (no trabalho, no dia-a-dia, na acumulação de bens e na gestão do patrimônio – material ou imaterial,

incluindo-se neste último, o objeto de nosso estudo, a *saúde*) passaram a compartilhar com o *sedentarismo* da mesma espécie de significação pejorativa, que os contamina com um sentimento de absoluta inconveniência às portas do mundo capitalista globalizado.

A ética protestante em suas origens valorizava o trabalho qualificado e incessante do ‘especialista sem espírito’ e a índole do asceticismo, na qualidade de moral que desconsidera o corpóreo e o sensualismo do prazer e da dor física. Como força motriz colateral, o consumo insaciável do ‘sensualista sem coração’ também se difundiu na sociedade capitalista. As orientações racional-valorativas que se apoiaram na busca da riqueza como imperativo religioso e ético, se desfizeram parcialmente perante paixões puramente mundanas, sobre as quais exercem mútua afinidade – o especialista não pode prescindir do sensualista que adquire avidamente seus produtos e, assim, movimenta a máquina liberal. Dessa forma materializam-se sentimentos de alienação e desespero, perda de liberdade e sentido que a mecanização laboral, a crescente burocratização e o consumismo insaciável adicionaram ao desenvolvimento tecnológico e econômico (Weber, 2002).

Por outro lado, os vícios anti-econômicos, como a ‘preguiça empreendedora’ ou a ‘indolência produtiva’ do especialista sem espírito que assumem o formato retórico de oxímoros, se colocam ao lado, no mesmo patamar vicioso, do sedentarismo do sensualista sem coração (que conduziria a óbvios malefícios individuais e coletivos – na oneração dos sistemas de saúde). Ao mesmo tempo, curiosamente, a vaidade empreendedora do primeiro, assim como o consumo irracional dedicado ao ‘si mesmo’ do último, se desprenderam do rol de pecados antes tão condenáveis: o despojamento é contra-producente! Observa-se uma radical inversão de valores no movimento do ‘apego a si’, gerador de capital, deixando o elenco de pecados que outrora encabeçava – o fenômeno econômico-cultural de agravamento moral do pecado da preguiça/sedentarismo articulado ao enaltecimento do ‘não-mais-pecado vaidade’ na reificação contemporânea de nosso sistema de virtudes e vícios.

Ciência, tecnologia e discursos antecipatórios de riscos à saúde

Em tempos de um capitalismo neoliberal voraz é preciso lembrar que, ciência e tecnologia representam signos emblemáticos nas ditas ‘sociedades globalizadas’, justamente porque se tornaram poderosas forças estratégicas, responsáveis pelo desencadeamento de grandes transformações na saúde, no ambiente físico e nas diversas esferas macro e micro-políticas da vida em coletividade (Castells, 2003; Freitas, 1996).

Por esta e outras razões, analistas sociais – dentro e fora do campo das ciências da saúde – consideram preocupante um exponencial crescimento do discurso ‘preventivista-antecipatório’ que contemporaneamente tem impregnado o norteamento de muitas áreas de pesquisa, como por exemplo, a epidemiologia genética e as biomedicinas moleculares (Marques, 2005; Mieth, 2003).

Esse discurso é responsável, no limite, por um efeito adverso que traz uma dimensão persecutória aos indivíduos diante das propostas de promoção da saúde baseadas em estratégias comportamentais enfeixadas pela idéia do estilo de vida saudável e dos cuidados genômicos. Tal dimensão acompanha o ambiente paranóide que marca o espírito dessa época. Manifesta-se pela responsabilização preventiva daqueles que se expõem, sem o esperado pudor, aos riscos veiculados pelas tentações hedonistas passíveis de consumo (Castiel e Alvarez-Dardet, 2007).

A aversão aos riscos se constitui cada vez mais no imperativo ‘ético’ predominante, aliado à *expertise* controladora tecnocientífica. Esta configuração alimenta o ambiente de hipervigilância e de suspeita que vigora em vários níveis e aspectos da vida atual (Van Loon, 2002).

Diferentes correntes técnicas e acadêmicas vêm buscando desvelar (segundo argumentações próprias, amiúde tornadas públicas pelos *mass media*), caminhos e procedimentos de ‘evitação’ de agravos à saúde dos indivíduos. Proliferam acenos de redução de incertezas e riscos pela via da potencialização da eficiência/eficácia de processos de curas/terapias em escala populacional, agrupados em torno da defesa incondicional de um discurso empiricista que, embora nos

pareça unívoco, quando observado de fora deixa à mostra ambivalências (Vaz et al., 2007; Lupton, 1999).

Tais promessas não levam em conta as injunções sócio-políticas, culturais e econômicas de fenômenos complexos que se replicam em terrenos que lhes escapam à observação, posto que esta se contenta com a superfície das aparências na dimensão mais acessível às perspectivas acríticas. Ou seja, há em curso vasta disseminação de um rol de soluções simplistas para questões complexas, como o cuidado com o corpo e a saúde. Na farta produção e exposição dessas ofertas à sociedade, não é difícil entrever indícios de uma orientação reducionista governada por interesses ideológicos e de mercado (Costa, 2004a; Sfez, 1995).

De fato, diferentes observadores ressaltam que as supostas garantias retóricas projetadas por essa *racionalidade preventivista* não se traduzem, obrigatoriamente, em tranqüilidade, certeza, eficácia e confiança ou ensejam formas mais adequadas de lidar contextualmente com questões da saúde e da corporeidade, no cotidiano. Por não perceberem as numerosas particularidades constituintes do homem contemporâneo, produzem discursos homogeneizantes geradores de angústia, ansiedade e sofrimento (Lupton, 1995).

Tais repercussões ganham um sentido especial no processo saúde/doença/cuidado, se o assumirmos como expressão dos modos possíveis de gerenciar (e até resistir a) desejos e expectativas que se apresentam a nós na atualidade, como imperativos inalcançáveis de um mundo contraditório. Essa paradoxalidade diz respeito, por exemplo, a profusão de estímulos de toda ordem dirigidos ao consumo desenfreado e em massa, de um lado, enquanto que de outro, substancial parte da população na chamada ‘aldeia global’ continua depauperada e à margem de políticas sociais dignas (Bauman, 1999).

Assim, são nessas ambiências concretas do cotidiano - espaços de redes sócio-históricas onde estamos inseridos - que emergem ‘verdades’ singulares, muitas vezes, intransferíveis ou pouco afeitas a proposições científicas generalizantes. Singularidades essas que podem ser diluídas ou até aniquiladas por hiatos (por vezes, abissais) entre o que

se pressupõe no plano dos discursos antecipatórios sobre o risco, ofertados em larga escala e, aquilo que ocorre pontualmente no mundo possível daqueles para quem essas mensagens são dirigidas (Vaz et al., s/d).

Todavia, essa apreciação crítica que colocamos em relevo propositalmente, não invalida ou nega, a necessidade de se considerar e incluir saberes epidemiológicos e clínicos e, práticas inovadoras nos diferentes campos profissionais atuantes na Saúde Pública, uma vez que têm importância e utilidade notórias, reconhecidas há muito tempo. Seria incoerente fazê-lo.

Considerando a argumentação até aqui reunida, pretende-se então, sinalizar a insuficiência dos fundamentos que regem os ‘protocolos discursivos diagnóstico-preventivos’², sejam eles dirigidos aos indivíduos ou aos coletivos, por suas pretensões universalizantes, fato preocupante, uma vez que os mesmos têm guiado hegemonicamente, *formas de pensar e de intervir* sobre os processos saúde/doença/cuidado. Em primeiro lugar, porque tais estratégias podem suscitar, de maneira indesejada e ambígua, efeitos colaterais iatrogênicos, conforme já apontado em vários estudos (Barreto, 2006; Lupton e Chapman, 1995; Illich, 1982). Em segundo, porque nunca são apropriados como pressupõem os definidores desses protocolos. Há uma vasta literatura na América Latina e no Brasil que vem identificando resistências, hibridismos, desvios, formas de silêncio (Escosteguy e Jacks, 2005; Canclini, 1997).

Desse modo, partimos do entendimento de que os *discursos antecipatórios de riscos à saúde* são produzidos e colocados em circulação massiva por diferentes atores sociais e meios, a partir de uma ampla rede de micro-decisões produtora de ideologias. Redes nas quais se posicionam, com diferentes poderes decisórios e interesses, os sujeitos e suas subjetividades. Os ‘protocolos discursivos’, com vistas a receptores imaginados, são construídos justamente nessa ambiência interativa de forças em desequilíbrio.

² Entende-se por *protocolos discursivos diagnóstico-preventivos*, ações/técnicas/estratégias retóricas que, tomando como base a racionalidade científica técnico-instrumental, têm buscado: padronizar uma síntese universal de fenômenos biológicos e sócio-culturais encolhendo suas nuances diferenciadoras (*protocolo*) através de descrições genéricas de determinado contexto processual (*diagnóstico*), para em seguida, propor ‘medidas solucionadoras’ que, supostamente, evitariam ou antecipariam um dado problema (*prevenção*).

Existe uma hipótese que a noção de risco está substituindo a idéia de norma social, como forma predominante na cultura ocidental vigente para se pensar o poder sobre a ação humana. Expectativas cognitivas se tornam expectativas normativas. Ainda que isto se dê sob a premissa implícita da metamorfose das referências problemáticas, aparentemente seguras do empiricismo científico vigente em detrimento de suas perspectivas incertas que são elididas (Esposito, 2002), o conceito de risco prevalece numa sociedade com traços hedonistas, na qual há uma margem pequena de autonomia individual em relação à escolha (possível) de estilos de vida (Vaz et al., s/d). Trata-se, pois, da ‘molecularização’ dos mecanismos de controle dos indivíduos, que se tornaram mais adequados às relações de forças e aos modos de organização da sociedade contemporânea, por suas sutilezas persuasivas e permeáveis, capilarizadas, quase invisíveis (Costa, 2004b; Deleuze, 1992).

Vaz (2004) assinala um exemplo na dimensão da saúde, enfatizando que o ‘cuidado’ é ocasião de prudência individual pós-moderna. “É sugestivo que emergam aqui e ali propostas, como aconteceu na Inglaterra, de não prover assistência pública de saúde para fumantes e obesos. Embora facilmente criticáveis como tentativa de reduzir custos e culpar a vítima, pelo mero fato de serem concebidas, anunciam o nascimento de um novo contrato entre Estado e indivíduos: segurança para quem é prudente e maximiza seu *estilo de vida* [grifo nosso]. O resto são os monstros, aqueles que estão aquém da humanidade e da possibilidade de correção” (p. 120).

A perspectiva de conduzir as pessoas a estilos de vida³ idealizados (‘saudáveis’ ou ‘ativos’) só pode ser avaliada, de fato, no momento mesmo de efetivação dos protocolos

³ Cabe aqui tecer breve comentário sobre o *estilo de vida ativo*, que centraliza atenções desde o título deste ensaio. A expressão encampa um rol de ações e comportamentos considerados saudáveis, entre os quais está, principalmente, a *prática regular de atividades físicas sistematizadas*. O termo ‘*ativo*’ nesse caso, também comporta conotações persuasivamente dúbias e comprometedoras ao seu respectivo antônimo (‘*passivo*’). Encontram-se analogias para essa interpretação semântica, não por acaso, na economia (passivo e ativo de uma empresa) e nos papéis desempenhados numa relação sexual, por exemplo. Obviamente, que tal ‘mensagem’ também circula e alcança ‘com força’ o imaginário coletivo ligado à esfera dos comportamentos recomendados por esse preceituário, com a pretensão velada de estigmatizar qualquer pessoa que assuma uma postura ‘passiva’ (sedentária) na vida e que se negue a *fazer atividade física diária* (para ser considerada saudável ou ativa). Diante de tal engenharia lingüística, amplamente alastrada no universo das práticas preventivas de riscos à saúde, quase nenhum de nós escapa a uma certa expiação de culpa por não fazer atividades físicas ou pelo fato de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e comidas ‘muito calóricas’.

preconizados – *quando, onde e se* forem alcançados. Nesse caso, pode-se observar a complexa relação entre o que é produzido ideologicamente e a maneira circunstancial ou permanente, através da qual as pessoas são interpeladas, percebem, interpretam e incorporam tais propostas ao mundo da práxis.

Discursos com pretensões de eficácia (e, portanto, moldados por relações de saber/poder), pela relevância que têm assumido no agendamento de questões públicas, passaram a exercer a força de referentes simbólicos na construção de identidades e relações sociais, sistemas de conhecimento e de valores societários (Foucault, 2004; Fairclough, 2001).

Se tais discursividades reproduzem modos de pensar, escrever, dizer e mostrar algo e, têm a pretensão de intervir sobre diferentes esferas da vida humana, torna-se necessário não apenas situá-las nos momentos históricos e contextos concretos de sua elaboração - de forma a analisar mais detidamente a lógica engendrada, eminentemente subjetiva e complexa - mas, também, perscrutar como se ‘movem’ os distintos sujeitos nesses modos de produção e circulação. Cabe igualmente, investigar as razões pelas quais se legitimam, são negadas, refeitas ou assumem novos sentidos, nos espaços onde se fazem presentes.

Discursos sobre saúde/doença (e mais particularmente, sobre *riscos à saúde*) são constructos de caráter normativo e estão inapelavelmente, vinculados a diferentes interesses (Boltanski, 2004; Sibilia, 2004; Canguilhem, 1990). São constituídos, de modo explícito ou não, a partir de definições do que é ser humano, do tipo de sociedade que se almeja e as maneiras de alcançá-la (Robertson, 2001).

Paula Sibilia enfatiza que “a partir da redefinição dos ‘padrões’ de normalidade e, portanto, da nova dinâmica de biopoder⁴ ligado à lógica do consumo no mercado capitalista ‘globalizado’, a doença é redefinida como um erro na programação [de nosso código genético] que deve ser corrigido, para reativar a saúde do corpo e da alma (tanto individuais quanto sociais). Não é mais necessário localizar uma origem

⁴ Segundo Foucault (1999), *biopoder* refere-se aos mecanismos empregados para controlar a população e disciplinar os indivíduos. A reprodução e a ocorrência de doenças, por exemplo, são eventos considerados centrais nos processos econômicos e, por conseguinte, são passíveis de controle político.

patológica para os sintomas: basta apenas conferir sua distância com relação ao padrão normal” (Sibilia, 2003, p. 191).

A descrição rigorosa e exaustiva dos fenômenos patológicos não visa apenas ampliar a capacidade de compreensão sobre o processo saúde/doença das populações. Possui, na mesma medida, um caráter de iniciação na verdade das coisas, que divide o mundo entre os que sabem (os especialistas) e os que não sabem (a ‘população leiga’) (Moraes, 2002). Na perspectiva de emergência dessa ‘economia de verdade’ o conceito de risco surge como uma categoria de ‘pré-doença’, obviamente, passível de intervenção pelos *experts*.

Conforme apontam criticamente Petersen e Lupton (2000), há hoje em dia um visível predomínio/profusão de discursos sobre saúde/riscos alavancados pela área que se convencionou chamar ‘Nova Saúde Pública’. Esta tem procurado difundir estratégias e expressões, como *promoção da saúde, educação em saúde, marketing social, participação comunitária, colaboração intersetorial em saúde*, em tese, ligadas à prevenção de agravos populacionais, apesar de nem sempre se observar efeitos significativos na redução dos problemas que se propõem a sanar.

Não obstante o desejo (louvável, diga-se de passagem) de implementar ações e idéias para minimizar questões emblemáticas em Saúde Pública (por exemplo, as doenças que [re]emergem em função dos quadros de inequidade sócio-econômica do país), várias têm sido as análises que identificam nesse Movimento uma crença iluminista, conservadora, com forte traço moralizante e estreitas ligações com o mercado.

Na mesma linha de raciocínio, Campos (1997, p.191) comenta sobre uma dessas estratégias: “[...] a perspectiva dominante de educação em saúde na atenção médico sanitária é profundamente autoritária e prescritiva, quer na clínica, quer nos programas de saúde pública”.

A emergência da atividade física como ‘remédio amargo’ nas pedagogias da culpa e do medo

Mais recentemente, dentro dessa concepção neo-higienista, políticas estatais em Saúde Pública no Brasil vêm divulgando a ampliação da idéia de se utilizar/prescrever

práticas de exercício físico (ou atividade física sistemática - AF) como forma alternativa de ‘combate’ à morbi-mortalidade das chamadas doenças crônico-degenerativas, o qual se apóia nas teorias etiológicas do ‘estilo de vida’ e em resultados estatísticos produzidos por pesquisas epidemiológicas (Brasil, 2002).

Nesse sentido, as tantas práticas corporais de outrora (como por exemplo, o ‘futebol de várzea’ entre tantas outras atividades coletivas lúdico-esportivas realizadas em praças e espaços públicos similares), que ganhavam sentido nas esquinas e comunidades dos bairros, em função da identidade cultural gregária de grupos e pessoas e, do prazer que proporcionavam a cada um deles, perderam espaço na vida contemporânea.

Cabe afirmar que na perspectiva presente das agendas dos governos, a inclusão de (programas de) AF como ação de política pública aparece então, como ‘remédio amargo’, mas necessário, para combater males e agravos que, conforme anunciam os discursos oficiais, contabilizam gastos inaceitáveis para os cofres públicos. Há uma clara tentativa de se estabelecer convencimento argumentativo por meio de inferências causais reducionistas, ancorado *a priori*, em uma lógica econômica que, curiosamente, sobrepõe e antecede as próprias preocupações sanitárias.

Parece prudente tecer aqui outra ressalva. É preciso deixar claro que não se está negando os já conhecidos benefícios que a prática da AF pode proporcionar ao organismo, desde que, obviamente, seja conduzida respeitando os limites individuais das pessoas e os contextos nos quais pode ser realizada. Longe disso, a questão central reclamada é a *expropriação dos valores e significados das práticas da cultura corporal* na atualidade, que passaram a povoar o imaginário social de nossas coletividades, impregnados por uma perspectiva impositiva, medicalizada, culpabilizante, agenciadora do contingente de gastos calóricos para evitação de riscos à saúde (Fraga, 2006, 2003).

E nesse caso, é desprezada a possibilidade de se reconhecer e retomar as (diferentes) *práticas corporais* como ‘artes de fazer’ ou ‘modos de estar’ na vida, com vínculos explícitos em ambiências de interações sócio-culturais; como produtoras de satisfação pessoal, de prazer sem

obrigatoriedade, com as transformações possíveis de se obter no corpo de cada um de maneira singular (Soares Neto, 2005; Certeau, 1990).

Na evidente tentativa de referendar estrategicamente essa noção de *comportamentos de risco*, universalizando-a entre nós como uma ‘verdade científica’, boa parte dos estudos biomédicos tem disseminado a idéia que a *diminuição* da prática de *atividade física diária* das pessoas – que em tempos pós-modernos, responde pela alcunha de *sedentarismo*⁵ – deve ser considerada um desses comportamentos danosos à saúde.

Le Breton (2007) faz pensar que essa é uma atribuição moralista da sociedade que tem sido incompetente em sua função antropológica de orientação da existência humana, na qual tudo vem se tornando provisório e os limites e valores culturais coletivos perderam sua legitimidade. Sob esse panorama, o autor sublinha a contraditória emergência do *risco-aventura* e dos *esportes radicais*, que guarda uma lógica inversa àquela que categoriza o ‘corpo sedentário’ como indolente, passivo. Distingüido pela firmeza de caráter e retidão moral, o sujeito (fisicamente) ‘ativo’ exibiria uma marca valorativa no ato de arriscar voluntariamente sua própria integridade e saúde, ao sabor de intempéries ambientais extremas, às custas do sofrimento e dos limites orgânicos do corpo, para demonstrar uma capacidade íntima de olhar a morte de frente sem fraquejar.

Por outro lado, parte da ampliação desse panorama problemático que encarcera o sedentário em sua própria negatividade existencial, se deve aos discursos midiáticos que insinuam a obtenção de uma ‘saúde positiva’ através do consumo de produtos (alimentos dietéticos, pomadas, equipamentos, remédios, etc.) e serviços (academias de ginástica, tratamentos e cirurgias estéticas...) de toda ordem, disponíveis no mercado. Utiliza-se para isso um bombardeio

⁵ A expressão *sedentário* era empregada até pouco tempo depois do período da Revolução Industrial como antônimo de *nômade* (pessoas ou grupos que não fixavam residência, fato que, para tal movimento era desinteressante, pois estas não podiam ser ‘esquadrinhadas’ pela nova ordem que começava a ser estabelecida com a emergência do modelo das cidades industriais ocidentalizadas). A conotação que o termo comporta hoje pode ser considerada uma apropriação lingüística neo-higienista, com fins ‘culpabilizantes’. *Sedentário*, nessa ótica, é alguém que pode ser responsabilizado por sua indolência ou desleixo quanto a própria aparência física e saúde; que constantemente está ‘em falta’ com o rigor prescritivo dos ‘comportamentos saudáveis’, entre os quais está incluída, a prática de atividades físicas, tomada como afirmação individual de bom caráter e valor moral.

informativo-publicitário com persuasivas estratégias psíquicas, afetivas e morais. Trata-se da maneira de mostrar e falar de um corpo outro, distintamente vivido, investido, pelos mais diversos meios de controle, incorporado por diferentes ritmos de produção e consumo, de prazer e de dor (Couto, 2003; Ortega, 2003).

A exacerbação dos cuidados de si no plano da saúde individual/privada, a proliferação de uma ética volátil da beleza ocidentalizada e dos predicados corporais, delineados pelo gosto estético conceitual contemporâneo, vem se tornando cada vez mais um imperativo público e, conseqüentemente, preocupação central na vida de um número crescente de pessoas (Costa, 2004a; Nogueira, 2001). O investimento no individualismo é um dos tópicos ético-políticos recorrentes na discussão sobre o que nos separa da modernidade (Vaz, 1997).

Sem a intenção de estabelecer juízos de valor, vale lembrar que muitas pessoas têm se submetido a sofrimentos e sacrifícios em meio a esse 'padrão' de discursividade, para ganhar longevidade, 'reparar imperfeições estéticas', despistar as marcas do tempo sobre seus corpos e, no limite, procurar evitar a morte (Estevão, 2005; Couto, 2000). Muito embora para isso, se exponham invariavelmente, sem prévios esclarecimentos de que podem sucumbir a graves problemas de saúde (e, algumas vezes, até morrer), nas tentativas de alcançar mudanças corporais, rotineiramente incitadas e naturalizadas por diferentes estratégias midiáticas, impulsionadas pela indústria da estética e do *fitness*.

Constituem exemplos ressonantes sugestivos desses modos iatrogênicos de lidar com o corpo e a saúde, tornados públicos recentemente, a suscetibilidade entre jovens dos efeitos deletérios do uso maciço de esteróides anabolizantes e inibidores de apetite e a ampliação de ocorrências clínicas como choques anafiláticos, comas e paradas cardíacas durante cirurgias de lipoaspiração, em função do crescimento exponencial desse tipo de intervenção (Novaes, 2006; Sabino, 2004).

Entretanto, não é o caso de propor aqui uma análise maniqueísta sobre decisões de se desfrutar ou não do exercício

salutar de liberdade em relação à própria saúde, mas de enfatizar a necessidade de se reexaminar as supostas ‘normas universais’ prescritivas, imbricadas em discursos hegemônicos sobre AF. É fundamental problematizar os lugares discursivos de onde partem e suas redes de interesses que, ao povoarem o que é deles mostrado em público, os tornam referências atrativas para determinados grupos de ‘receptores imaginados’.

Cabe também considerar que outras referências sócio-discursivas são, de certo modo, marginalizadas ou descartadas na grande circulação midiática, uma vez que poderiam representar alternativas mais adequadas de balizamento para escolhas pessoais e coletivas quanto aos modos de viver e lidar com o próprio corpo. Sem dúvida, esse ‘jogo’ desigual de tensões em disputa interfere subjetivamente nas decisões acerca do *que (e quanto) comemos; se devemos ou não, fumar, ingerir bebidas alcoólicas, fazer exercícios físicos*, entre outras práticas cotidianas. Nas palavras de Vaz et al. (2007, p.145), “é urgente, pois, refletir sobre que tipo de vida está sendo construído por esses alertas sobre os perigos que estariam à espreita em nossos hábitos e que pode[ria]m se concretizar num futuro remoto”.

Todavia, é bem sabido que tais fronteiras éticas têm esbarrado em bases movediças, débeis, no mundo globalizado contemporâneo. Lupton (1995), inclusive, adverte que o preço pago pela eventual defesa de uma postura de resistência ante os ditames imperativos da saúde, pode ser catastrófico, levando muitas vezes à estigmatização social das pessoas e à fragilização dos laços identitários entre pares, em variados espaços da vida diária: das relações de trabalho àquelas do mundo do afeto.

Há que se relativizar a ênfase exagerada sobre o papel da responsabilidade individual na busca de autonomia dos sujeitos e de sua saúde, considerando o engessamento ou a lentidão nas mudanças macro-estruturais de políticas públicas em prol de superar inequidades sociais, que deveriam, sob o ponto de vista ético e moral, ter maior parcela de contribuição nesse processo.

Estilo de vida ativo e biopolítica informacional: nova ética em saúde pública?

Diversos autores têm demonstrado preocupação com a orientação disciplinadora para a 'vida ativa', pretensamente saudável (Gomes et al, 2006; Costa, 2004a; Nogueira, 2001). Tal orientação, norteadas por um ideal de constituição física, se mostra cada vez mais cercada por implicações de essência moral - à 'sem-vergonhice' do sedentarismo deve-se antepor a virtuosa opção por um comportamento salutar socialmente idealizado. Decerto a preguiça, como já vimos, tem perseguido as almas dos sujeitos morais do ocidente como pecaminosidade capital desde os primórdios da Idade Média.

Nesse sentido, *corpo saudável* tornou-se simbolicamente moeda corrente de troca. Assim, expressões como estilo de vida saudável/ativo e comportamento de risco/sedentarismo, com frequência assumem o lugar e o significado de uma identidade *normal* e *anormal* (Canguilhem, 1990), sugerindo, dessa maneira, a reprodução das práticas do assujeitamento (Foucault, 1987).

Como parece a Foucault (1999), a vida biológica é um evento político, cujo controle tem se mostrado fundamental para as relações hegemônicas entre Estado e população, já que através do exercício das técnicas de poder sobre o corpo individual (regulamentação de normas e disciplinas de comportamento) pode-se chegar ao controle do corpo social.

Visto sob esta perspectiva estratégica, educação em saúde, promoção da saúde e, comunicação e informação em saúde (Castiel e Vasconcellos-Silva, 2006; Fraga, 2006; Gastaldo, 2002; Moraes, 2002) podem representar contribuições ímpares para o exercício do *biopoder*, porque envolvem disciplina e normas de comportamento, que têm por objetivo promover uma 'boa saúde' e interferir nas escolhas individuais, informando sobre como alcançar os *estilos de vida saudáveis*.

Sibilia (2003) argumenta que nossa atual sociedade, atravessada pela informação digital de inspiração imaterial, situa os atributos biológicos de nossa herança genética (DNA) justamente na intersecção entre corpo individual e corpo da

espécie, como um alvo privilegiado tanto das biopolíticas que convergem para a população humana, quanto das tecnologias específicas de modelagem subjetiva.

Na pauta das agências nacionais de fomento à pesquisa no país, este modo crítico de olhar parece ainda não ter ocupado seu lugar como um processo metodológico de envergadura, dentre as possibilidades investigativas temáticas da área da saúde. Contudo, oferece maneiras potencialmente promissoras para descortinar esse intrincado quadro normativo de ações científico-rationais que têm: *i)* instituído retóricas, posturas e estratégias (também) no campo sanitário; *ii)* subsidiado a formulação de políticas públicas; e *iii)* impulsionado (in)diretamente a lucratividade de grandes conglomerados transnacionais do complexo médico industrial e do mercado da cosmética, da moda, do *fitness* e do entretenimento, movimentando cifras inimagináveis.

A despeito do prestígio que goza junto às instâncias oficiais de ciência e tecnologia, o tema da biopolítica informacional em saúde (Fraga, 2006) merece atenção por suas densas e preocupantes implicações na vida humana, nesse início do século XXI.

O enredamento dessas singularidades possíveis de serem exploradas e reinterpretadas à luz da aparente polaridade entre ‘promoção da vida ativa’ e ‘demonização do sedentarismo/sedentário’ foi a questão maior que nos impeliu a situá-la como problemática relevante na presente reflexão. Sobretudo, levando em conta o atual contexto social que vivemos, no qual grandes velocidades de incorporação de novos protocolos discursivos e de uso das informações em saúde vêm nos impondo renováveis e mutantes modelos tecnológicos como a *Internet*, cujos conteúdos, muitas vezes, aportam formas acrílicas e banalizadas de interpretar acontecimentos expressivos de nossas vidas.

Do mesmo modo, outras Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm determinado desigualdades de ritmos e de oportunidades ‘de acesso’ a tais referenciais, uma vez que dependem, obviamente das disponibilidades ofertadas pelo mercado e do contexto econômico e cultural desse entorno.

O alcance e a complexidade das questões que envolvem inúmeras esferas societárias exigem que sejam revistos com urgência os fundamentos epistemológicos, políticos e éticos dos processos comunicacionais e informacionais em saúde vigentes. Pela importância do tema, também os estudiosos da mídia vêm se esforçando para construir uma gramática crítica do excesso, da espetacularização e da fabricação de imagens e narrativas que perpassam esse campo (Vaz et al. s/d; Castells, 2003).

Por conseguinte, sugere-se que essa análise deva alcançar as instâncias da gestão de políticas públicas, no sentido de reexaminar os processos de construção e disseminação de promessas falaciosas, que atingem perversamente a convivência em coletividade e nos distanciam de um cotidiano cultural da saúde mais 'humanizado'.

Não percamos de vista que é a partir de nossos corpos que interagimos e nos relacionamos com o mundo ao nosso redor. Dialogar acerca de tal corporeidade significa falar sobre os sujeitos. Problematizar a estética atual dos corpos – saudáveis ou não – é, pois, questionar a estética dos sujeitos e, sobretudo, da sociedade na qual estão inseridos. Estética essa indubitavelmente política, uma vez que em seu nome se tomam atitudes e são feitas escolhas valorativas, em tempos de uma tirania consumista (Novaes, 2006).

A despeito da balbúrdia de propostas circulantes nos meios de comunicação de massa, ainda há *linhas de fuga* (Deleuze e Guattari, 2000) na lida com o corpo e com a saúde que podem tomar formas mais compatíveis com o referencial da história de nossas vidas e, em conformidade com um outro *ethos*. Até porque, há tantos modos possíveis de ser saudável quanto de ser humano (Silva, 1999).

Referências

BARRETO, M.L. Comentário: Tecnologia em saúde e o sempre tênue equilíbrio entre riscos e benefícios. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 3, p. 397-399, 2006.

BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

- BOLTANSKI, L. A emissão do discurso sobre doença. In: BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 4. ed. São Paulo: Graal, 2004. p. 63-78.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Agita Brasil: programa nacional de promoção da atividade física*. Brasília: Ministério da Saúde, Série C., n. 63, 2002.
- CAMPOS, G.W.S.C. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1990.
- CANCLINI, N.G. *Culturas Híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*. São Paulo: Edusp, 1997 (Ensaio latino-americanos, 1).
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura – vol. 1*. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- CASTIEL, L.D.; ALVAREZ-DARDET, C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. *As precariedades do excesso: comunicação e informação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CERTEAU, M. *Invenção do cotidiano: artes de fazer – vol. 1*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- COSTA, J.F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004a.
- COSTA, R. Sociedade de controle. *Revista São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 1, p. 161-167, 2004b.
- COUTO, E.S. *O homem-satélite: estética e mutações do corpo na sociedade tecnológica*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.
- COUTO, E.S. O saudável e o doente na cibercultura. In: LOURO, G.L.; NECKEL, J.F.; GOELLNER, S.V. (org.). *Corpo Gênero e Sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 172-186.

- DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia – vol. 1*. São Paulo: Editora 34, 2000.
- ESTEVÃO, A. *A política no corpo: mulheres fisiculturistas, corpos hiperbólicos*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2005.
- ESCOSTEGUY, A.C.; JACKS, N. *Comunicação e Recepção*. São Paulo: Hacker, 2005.
- ESPÓSITO, R. *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu eds., 2002.
- FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora UnB, 2001.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2004.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I – a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FRAGA, A.B. A boa forma de João e o estilo de vida de Fernanda. In: LOURO, G.L.; NECKEL, J.F.; GOELLNER, S.V. (org.). *Corpo gênero e sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 95-107.
- FRAGA, A.B. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados. 2006.
- FREITAS, C.M. Veneno e antídoto: ciência, tecnologia e os riscos para o homem. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 3, n. 3, p. 505-522, 1996.
- GASTALDO, D. É a Educação em Saúde ‘saudável’? Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder. In: MERCADO, F.J.; GASTALDO, D.; CALDERÓN, C. (org.). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa em salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002. p. 345-373.

GOMES, I.M.; PICH, S.; VAZ, A.F. Sobre algumas vicissitudes de noção de saúde na sociedade dos consumidores. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 27, n. 3, p. 137-151, 2006.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

JONES, P. *O que os cristãos deveriam saber sobre os pecados hereditários*. Rio de Janeiro: Danprewan, 2003.

KOTLER, P. *Os 10 pecados mortais do marketing*. São Paulo: Elsevier, 2004.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

LUPTON, D. *Risk*. London: Routledge, 1999.

LUPTON, D. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage, 1995.

LUPTON, D.; CHAPMAN, S. A healthy lifestyle might be the death of you: discourses on diet, cholesterol control and hearth disease in the press and among the lay people. *Sociology of Health and Illness*, v. 17, n. 4, p. 477-494, 1995.

MARQUES, M.B. *Saúde Pública, ética e mercado no entreato de dois séculos*. São Paulo: Brasiliense, 2005.

MIETH, D. *A ditadura dos genes: a biotecnologia entre a viabilidade técnica e dignidade humana*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MORAES, I.H.S. Informação em saúde: um olhar genealógico. In: MORAES, I.H.S. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: Casa da Saúde, 2002. p. 15-46.

NOGUEIRA, R.P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

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.

PANATI, C. Moral codes: ten commandments to golden rule. In: PANATI, C. *Sacred origins of profound things: the stories behind the rites and rituals of the world's religions*. New York: Penguin Books, 1996. p. 89-96.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The new public health: health and self in the age of risk*. London: Sage, 2000.

ROBERTSON, A. Biotechnology, political rationality and discourses on health. *Health*, v. 5, n. 3, p. 293-309, 2001.

SABINO, C. *O peso da forma: cotidiano e uso de drogas entre fisiculturistas*. 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2004.

SFEZ, L. *A saúde perfeita: crítica a uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco/ Loyola, 1995.

SIBILIA, P. Tirantias do “software humano”: redefinições de saúde e doença. *Logos*, v. 11, n. 20, p. 41-60, 2004.

SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividades e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

SILVA, A.M. *Corpo, ciência e mercado*. Campinas: Autores Associados, 1999.

SOARES NETO, J.F.P. *A saúde modificada: criatividade, espontaneidade e satisfação na experiência corporal contemporânea*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

VAN LOON, J. *Risk and technological culture: towards a sociology of virulence*. London: Routledge, 2002.

VAZ, P. Risco e justiça. In: CALOMENI, T.C.B. (org.). *Michel Foucault: entre o murmúrio e a palavra*. Campos: Editora Faculdade Direito de Campos, 2004. p.101-131.

VAZ, P. *O inconsciente artificial*. São Paulo: Unimarco, 1997.

VAZ, P.; CARVALHO, C.S.; POMBO, M. *Risco e sofrimento evitável: a imagem da polícia no noticiário de crime*. s/d. Disponível em: <<http://www.sprj.org.br>>. Acesso em: 12. jul. 2006.

VAZ, P.; POMBO, M.; FANTINATO, M.; PECLY, G. O fator de risco na mídia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* v.11, n.21, p.145-153, 2007.

COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Wilson da Costa Bueno

Introdução

A consulta, ainda que rápida e superficial, à literatura recente em saúde/medicina aponta para um aparente caos terminológico ou conceitual. Ele deriva, certamente, da profusão de expressões que transitam no campo, generosamente carregadas de sentido e que incorporam visões críticas e preconceitos, como medicina moderna, medicalização, terapias alternativas, empoderamento, Big Pharma, paradigma biomédico etc. Na verdade, a divergência não se situa apenas na superfície, nos nomes conferidos aos objetos e fenômenos, mas repousa em perspectivas múltiplas, quase sempre antagônicas, de temas e processos essenciais na área da saúde.

Está em curso, portanto, não apenas uma renovação de termos e conceitos, mas um autêntico e saudável enfrentamento entre concepções tradicionais e modernas da relação entre corpo e mente, saúde e cultura, qualidade de vida e poder econômico e assim por diante.

Entender as razões dos que protagonizam esse embate é fundamental não apenas para os profissionais da saúde, mas para os comunicadores que o repercutem e para a própria sociedade que, sem compreendê-lo, se submete a seus discursos e práticas.

O objetivo deste artigo é resgatar as raízes desta disputa, identificar os interesses dos que se alinham às diversas correntes em jogo e, sobretudo, reunir elementos que possam contribuir para uma reflexão e uma *práxis*. Ele pretende, especialmente, evidenciar o papel e o perfil de uma comunicação, que se postula ao mesmo tempo democrática e crítica, orientada para a consolidação do processo de promoção da saúde.

Em nome da transparência, é preciso reconhecer, de imediato, que a análise aqui empreendida não tem qualquer vínculo com a neutralidade, assumida por ingenuidade ou por má fé pelos arautos da ciência moderna, muitas vezes a serviço de monopólios e privilégios. Pelo contrário, ela está comprometida com um olhar crítico sobre as políticas públicas de saúde, particularmente sobre a relação promíscua entre o poder político e os interesses privados, que inclui a participação de profissionais e entidades da área da saúde, de agências da comunicação e da mídia.

O esvaziamento do modelo positivista

O surgimento de novas doenças, sobretudo as oriundas da aceleração da vida moderna (estresse, fadiga, depressão, tabagismo, consumo de drogas lícitas ou ilícitas, obesidade etc), a globalização das epidemias, a ineficácia de tratamentos apoiados majoritariamente na ingestão abusiva de medicamentos, a explosão de processos por erro médico, as crescentes denúncias de afronta à ética profissional e mesmo os altos custos do sistema de saúde escancaram as vulnerabilidades da chamada medicina positivista.

Apoiado em pressupostos agora colocados sob suspeita, este modelo encontra-se submetido a um processo de esvaziamento. A convicção secular de que é possível reduzir todas as doenças a uma causa orgânica objetiva, ampliada agora com as novas descobertas da genômica; a separação entre médico e paciente; a tecnificação do processo de tratamento e cura (instrumentos de diagnóstico e remédios) e a hiper-especialização, que ignora a relação das partes com o todo, têm se mostrado insuficientes para minorar os males do homem moderno, ainda que tenham prolongado o seu tempo de vida.

A experiência tem recorrentemente demonstrado que há uma relação estreita entre o ecossistema (social, cultural, psicológico) em que se insere o paciente e o surgimento de determinadas patologias, sugerindo que o profissional de saúde olhe além do doente, se quiser, efetivamente, contribuir para a sua cura. A postura tradicional acarreta a não consideração de fatores ou aspectos que têm estado à margem da ação médica, preocupada em identificar sintomas físicos ou

alterações que possam caracterizar as doenças. Muitas vezes, os profissionais de saúde, imersos neste método anatomoclínico, relegam a equipamentos e exames laboratoriais o poder de decisão, bem como entregam aos medicamentos a possibilidade de cura.

A crítica básica à medicina tradicional tem a ver com o fato de que ela se empenha, equivocadamente, em excluir o social, em apoiar-se, fundamentalmente, no biológico, como se, desta forma, pudesse agregar maior cientificidade às suas teorias e práticas. Esta obsessão cientificista a tem impedido de dialogar com outros saberes e tem se constituído, dialeticamente, na razão de sua crescente fragilidade. Ao se arvorarem arrogantemente como especialistas, responsáveis únicos pela cura dos pacientes, os profissionais da saúde se tornam reféns do seu propalado dom de cura, promessa quase sempre não cumprida em virtude da complexidade da interação entre o ser humano e o ambiente.

A adoção desta perspectiva contribuiu, enormemente, para que o sistema de diagnóstico e tratamento fosse deslocado para o campo técnico e, conseqüentemente, abriu o flanco para a privatização da medicina, modificando o seu “ethos” original. Os grupos privados (laboratórios, planos de saúde, hospitais etc) se apropriaram da relação médico *versus* paciente, sobrepondo os interesses do capital aos dos cidadãos.

A mercantilização da saúde, que tipifica o chamado capitalismo médico, vislumbra o corpo como um amontoado de órgãos, confundindo o ser humano com uma máquina. Curar neste modelo significa identificar as peças defeituosas e substituí-las por novas, restando ao profissional de saúde a tarefa de administrar, o que nem sempre ocorre com competência, um sistema de informações e conhecimentos que se reduz a um mero processo de reposição.

Fernando Lefèvre (1999, p.77) chama a atenção para o fato de que essa visão mecanicista, associada à concepção do corpo como máquina, tem acarretado para o homem moderno inúmeros problemas. Destaca, dentre esses, a dependência da ciência/tecnologia que, segundo ele, o faz “sentir-se cada vez mais ignorante e impotente em relação a seu próprio corpo (...) induz o indivíduo à automedicação” ou “mais genericamente, à apropriação indébita de instrumentos

e processos técnicos, dos quais faz uso leigo, numa tentativa desesperada e irracional de recuperar o controle e a gerência do funcionamento cotidiano de seu corpo.”

Este olhar unilateral despreza as influências do ambiente sobre os enfermos, assumindo a tese de que as doenças são causadas por vírus, bactérias ou falhas genéticas, muitas vezes imputando aos próprios doentes a culpa pela perda da saúde.

Convencidos de que as histórias de vida dos pacientes contribuem apenas para atrapalhar o diagnóstico, muitos médicos as renegam. Ao mesmo tempo, eles se empenham para evitar que os problemas dos pacientes os envolvam. Partem do pressuposto de que este distanciamento é ideal para uma análise fria e isenta, portanto científica e, desta forma, não é inadequado admitir que eles têm se preocupado mais com a doença do que com o doente.

A medicina tradicional costuma preconizar soluções únicas para as doenças e que consistem, basicamente, na prescrição de pílulas mágicas e intervenções (mutilações?) no corpo humano. As soluções se aplicam a uma imensa gama de patologias e situações, de tal modo que crianças hiperativas, homens com disfunção erétil, adolescentes anoréxicas e idosos depressivos acabam, necessariamente, sendo estimulados a tomar remédios para curar os seus males.

Como tem sido comprovado, a eficácia destas soluções químicas costuma não ser boa ou ser apenas temporária, já que ela serve (em muitos casos nem isso consegue) apenas para controlar os efeitos, escamoteando as verdadeiras causas. O insucesso do tratamento tem provocado, sistematicamente, desalento nas pessoas que, gradativamente, passam a cogitar de outras alternativas.

Como acentua Paulo Henrique Martins (2003), a incompetência do modelo tradicional acaba provocando uma fratura do campo médico, possibilitando o surgimento de formas alternativas de diagnóstico e tratamento. Neste sentido, contribuem para a explosão das chamadas terapias alternativas, muitas delas distantes de qualquer proposta lógica e também comprometidas com o processo de mercantilização da saúde. Este cenário é favorável ao avanço do charlatanismo, que ganha corpo no Brasil com a cumplicidade da mídia. Ele

promete falsas soluções, projeta novos gurus, consolidando um processo amplo e abominável de desqualificação da saúde e de afronta à ética profissional.

As novas alternativas seduzem as pessoas porque valorizam, ao contrário da medicina tradicional, a relação médico x paciente, privilegiam o doente e não a doença e levam em conta o entorno social, as vivências, os hábitos e padrões de conduta etc.

Contra uma medicina excessivamente formalizada, prisioneira de diplomas e cânones consagrados, as medicinas alternativas propõem a revalorização da experiência vivida diretamente por curador e doente na organização do sistema de cura. Contra o discurso disciplinar monolítico da biomedicina ocidental, o campo alternativo sugere a validade de uma pluralidade de práticas e técnicas de cura que dialogam entre si em favor de um conhecimento interdisciplinar e transcultural efetivo. Contra a tirania de uma racionalidade médica, inspirada na inovação tecnológica incessante, propõem uma pluralidade de racionalidades e, sobretudo, o diálogo entre a técnica racional e a técnica mágica, o que significa a revalorização do ritual e do simbólico na cura médica (Martins, 2003, p.37).

A fratura do campo se estabelece também pela aceitação do fato de que existem, na verdade, várias medicinas, embora os sistemas tradicionais de cura permaneçam válidos e, na prática, mantenham a hegemonia, pelo menos nas camadas urbanas do mundo ocidental. De qualquer forma, esta perspectiva sincrética que ganha corpo, com o esvaziamento da medicina utilitarista, restaura a vertente mágica, plena de dimensões simbólicas, que, embora esteja presente no modelo tradicional (o que é, simbolicamente, o remédio senão uma poção mágica recomendada por alguém que têm o poder de curar?), agora emerge com força em parceria (ou mesmo em oposição) à vertente técnica.

Essa multiplicidade de sistemas de cura tem a ver com o reconhecimento de que o ato de curar está associado a fatores culturais, ou seja, a cultura fornece significados e mesmo legitimidade para determinados procedimentos associados à maneira de contemplar o corpo, as doenças e, especialmente, de resgatar a saúde.

A contribuição da Antropologia

Embora ignorada pela maioria dos profissionais de saúde e pela mídia, a Antropologia médica já desponta como um campo importante de estudos e de aplicações. Ela tem como objetivo maior a análise da relação entre saúde e cultura, buscando compreender as crenças de determinados grupos face a aspectos relevantes associados à saúde e à qualidade de vida. Investiga, por exemplo, questões como a imagem associada ao corpo de maneira geral (sua estrutura interna, seu funcionamento, a relação magro x gordo etc), os tabus na alimentação (o sagrado e o profano nas dietas e nos hábitos alimentares), a aceitação da dor e do sofrimento, o fatalismo em relação às doenças e à morte, os sistemas de cura, o perfil do curador etc.

Os antropólogos da saúde examinam, inclusive, as diferentes formas de alteração do corpo humano em determinadas culturas, quase sempre associando-as a questões identitárias (as deformações ou mutilações são, muitas vezes, características de um único povo ou tribo e os identificam), a padrões de beleza ou a comportamentos esperados. O fenômeno de amarrar os pés femininos em determinadas culturas orientais para mantê-los pequenos, o uso de ornamentos enormes nos lábios de tribos brasileiras, o hábito de tatuar o corpo no Taiti e mesmo as circuncisões masculina e feminina em muitos povos são exemplos desta intervenção no corpo, justificada por razões sócio-culturais.

Para os que são externos a estas culturas, tais alterações soam como aberrações e são vistas com horror, ainda que justificadas no contexto em que ocorrem. Sabe-se hoje que a circuncisão masculina protege o órgão masculino contra determinadas infecções, embora seja mais difícil tolerar a circuncisão feminina, praticada sobretudo na África subsaariana e em países árabes, dentre outros, já que ela implica, necessariamente, em sofrimento e expõe, pela precariedade do processo de mutilação da genitália feminina, as adolescentes a riscos reais de infecção, hemorragias que podem, inclusive, levá-las à morte.

Nós, que não praticamos estes atos, vistos por aqui como barbárie, também adotamos nossos processos de

intervenção no corpo, de modo a adequá-lo a padrões tidos como aceitáveis ou desejáveis, como as dietas rigorosas, as operações plásticas, os implantes de silicone e mesmo o uso de anabolizantes para a modelagem do corpo, todos eles também com riscos à saúde.

A forma ideal do corpo tem sido estudada pelos antropólogos e mostra diferenças marcantes entre determinados povos ou culturas. Assim, enquanto para boa parte da sociedade ocidental, prevalece o culto à magreza, especialmente a feminina (o que tem levado não apenas à insatisfação explícita das mulheres, sobretudo as jovens, com o seu corpo, mas a adoção de procedimentos que causam doenças sérias, como a anorexia); em algumas tribos africanas a saúde e a beleza estão localizadas na obesidade. A modelo Gisele Bündchen teria reduzidas chances de encontrar um parceiro em algumas tribos da Nova Guiné, onde as jovens mais obesas é que têm as maiores chances de um bom casamento.

A cultura também influencia a forma pela qual os povos explicam o funcionamento do corpo e mesmo a maneira como eles se relacionam com aspectos particulares, como o sangue menstrual e a gravidez, por exemplo. Cecil Helman, em seu excelente trabalho sobre cultura e saúde, de que extraímos exemplos e informações que subsidiam este artigo, relata:

As mulheres americanas de origem mexicana [...] acreditavam que sono ou descanso em excesso durante a gravidez prejudicariam o bebê, fazendo com que ele ficasse pegado ao útero, tornando o parto difícil ou até impossível. Elas também tinham medo do efeito que teria sobre a criança se vissem um eclipse lunar, pois acreditavam que, se uma mulher grávida ficasse diante dele sem proteção, seu bebê poderia nascer morto ou com lábio leporino, ou, ainda, com alguma parte do corpo faltando. Usar uma chave em volta da cintura era considerado proteção adequada em casos de eclipse. [...] Se a mulher grávida visse algo que a amedrontasse, como um gato ou um peixe, o bebê poderia nascer com uma aparência semelhante ao objeto. Uma mulher amedrontada por um peixe durante a gravidez deu à luz uma criança com 'dois buracos no céu da boca e que nadava como um peixe' (Helman, Cecil, 2003, p.44).

Vários povos associam também o sangue menstrual a “coisa ruim” e, por isso, as mulheres devem perder bastante sangue todo mês para que procedam a uma purificação mensal. Por este mesmo motivo, justificam o fato de os homens não manterem relações sexuais com as suas mulheres neste período, já que podem ficar doentes. Em algumas tribos africanas, mulheres que estão “naqueles dias” devem ficar isoladas da comunidade (são confinadas em uma cabana ou lugar parecido) porque constituem-se em uma ameaça, podendo até arruinar plantações ou fazer adoecer os animais, pelo simples fato de manter contato com eles.

A cultura explica também os tabus alimentares, muitas vezes associados às noções de quente x frio, conferidas a determinados alimentos ou comidas. Como descreve Cecil Helman (2003), a dieta e os alimentos têm sido, historicamente, determinados por fatores culturais e esta influência abrange inúmeros aspectos, como a própria definição do que é ou não alimento, a proibição de consumo de determinados produtos (profanos x sagrados) e mesmo a classificação dos alimentos em quentes e frios, com conseqüências importantes inclusive para seu uso no tratamento de determinadas doenças.

No Brasil, em virtude de heranças coloniais, aprendemos que não se deve comer manga após ingerir leite (uma restrição imposta, segundo se comenta, pelos senhores de engenho aos escravos). O consumo de carne bovina é proibido na Índia, enquanto no Brasil multiplicam-se os restaurantes que a oferecem generosamente em rodízios; de outro lado, a carne de cachorro, uma iguaria em determinadas regiões do Oriente (Coréia do Sul, por exemplo), passa longe da culinária tupiniquim. No Islamismo e no Judaísmo, a carne proibida é a de porco; embora se permita o consumo de carne de ruminantes com casco bipartido, desde que sacrificados segundo determinados rituais. Peixes sem nadadeiras ou escamas também são proibidos por ambas as religiões e os judeus ortodoxos também não admitem o consumo, na mesma refeição, de pratos de carne e leite.

Mais interessante ainda é a relação, existente em muitas culturas (países árabes, parte da América Latina e China,

por exemplo) entre o consumo de determinados alimentos ou bebidas e doenças. Isso ocorre porque tanto os alimentos como as doenças são classificadas em quentes e frias e, como se postula o equilíbrio do corpo como atributo de saúde, quem tem uma doença fria deve consumir produtos quentes. Nem sempre é fácil, no entanto, identificar o alimento frio ou quente porque as culturas também interpretam a seu modo esta característica. A cerveja, por exemplo, ainda que gelada é considerada, em determinados casos, como um alimento quente porque contém álcool. Entre os indianos no Reino Unido, a manga verde é quente, mas a manga madura é fria, assim como o leite de vaca é frio e o leite de búfalo é quente. Para os porto-riquenhos de Nova Iorque, há ainda um nível intermediário entre quente e frio: o fresco. Para eles, a cebola é quente, o agrião é fresco e a banana é fria. Doenças frias, para esse mesmo grupo, são artrites, resfriados, menstruação enquanto diarreias, alergias de pele e úlceras são doenças quentes. Em virtude dessa classificação, apenas legitimada pela cultura, algumas pessoas, quando resfriadas, podem se recusar a tomar sucos de frutas porque eles, por serem frios, contribuem para agravar a doença (Helman, 2003, p.52-3).

Em algumas culturas, alimentos também são vistos como remédios, ainda que, à luz da nossa cultura, por exemplo, isso não faça sentido. Em uma pesquisa realizada em Michigan, nos EUA, em uma clínica pública, descobriu-se que algumas mulheres comiam terra ou argila durante a gravidez. “Conforme explicou uma mulher grávida, comer terra era uma boa idéia, já que a terra age como um ‘escovão de limpeza que vai passando pelos órgãos’. Outra mulher acreditava que, durante a lactação, o suprimento de leite materno poderia ser aumentado se ela tomasse chá de framboesa e evitasse alimentos ácidos e repolho” (Helman, 2003, p.54).

Alceu Maynard de Araújo, um dos maiores folcloristas brasileiros, resgatou curiosidades sobre a relação entre dietas alimentares e doenças na cultura brasileira. Para alavancar o tônus masculino, explica ele, nada melhor do que testículos de galo, de bode ou touro e só parturiente que teve filha (filho não) pode comer carne de frango macho. Para quem tem o hábito de urinar na cama, uma comida preparada com

crista de galo é tiro e queda e para curar ferida nada melhor do que lambida de cachorro. Já para queimaduras, a receita é mais complicada: bosta quente de vaca misturada com mel de abelha ou azeite-de-dendê. Aliás, as fezes de animais, de várias aves ou pássaros têm, segundo a tradição popular, poderoso efeito curativo. Assim, para curar terçol, fezes de gato; para dor de ouvido, fezes de papagaio e para curar espinhas do rosto, títica de galinha (também excelente para rapazes que desejam ver crescer o bigode). Mulher menstruada deve passar longe de bebidas geladas (doença fria não tolera alimento frio!) e mulher alguma deve comer também pé de galinha comum para não correr o risco de se tornar uma bisbilhoteira de mão cheia. Certos alimentos são proibidos à noite, como melancia e laranja (“a laranja pela manhã é ouro, de tarde é prata, e a noite, mata”) (Araújo, 2004, p.140-45).

As religiões, que são parte integrante da cultura das nações, está subjacente a (ou determina) muitos destes procedimentos, estando, no momento, envolvidas em polêmicas planetárias como as relacionadas com as questões do aborto, da eutanásia, do casamento entre pessoas do mesmo sexo, ao uso de preservativos ou à pesquisa com células tronco.

O trabalho organizado por Paulo César Alves e Maria Cecília Minayo (1994) traz contribuição importante para a análise da relação entre religião e saúde, com material relevante sobre religião, ritual e cura, sobre a “pajelança cabocla” na Amazônia, as representações da cura no catolicismo popular, revisitando a interação entre técnica e magia na cultura brasileira, povoada por cientistas e bruxos.

Outras leituras/reflexões importantes sobre o mesmo tema podem ser encontradas, entre outros, em: Sampaio (2002), Calhoub et al. (2003), Pereira (2002), Scliar (1992), Carvalho (2005), Lopes (2000), Weber (1999), Von Martius (1979) e Teixeira (1995).

Merece menção especial o trabalho formidável de Gilberto Freyre (2004), marco importante dos trabalho sobre sociologia da saúde em nosso País. Nesta obra, originalmente publicada em 1967, com reedição recente pela UNB, o intelectual brasileiro e pernambucano ilustre pontuava, com

contundência, a relação entre saúde e cultura e, particularmente, chamava a atenção para o equívoco da visão prioritariamente biomédica da saúde. Vale a pena recordar Gilberto Freyre (p. 128):

O paciente, sujeito-objeto de cuidado médico, não é apenas um indivíduo biológico, mas pessoa ou indivíduo socializado em pessoa. Quase toda doença se apresenta com variações sociais, conforme a pessoa do doente e as relações dessa pessoa com o tipo de sociedade de que seja membro, ou o tipo de cultura a que pertença ou de que deseje ser hóspede e nela viver o mais pacificamente como hóspede: o caso de não poucos israelitas em relação com aquelas culturas de que não se tornam inteiramente ou quase inteiramente membros, por aí se explicando, talvez, a inquietação, a trepidação, a angústia em que vários deles vivem, e que, aliás, é também a situação de outros subgrupos, não só étnico-culturais, como judeus e ciganos, porém psicossociais, como de ordinário os artistas experimentais, por exemplo, ou os pensadores heterodoxos ou certos místicos, quase todos, de ordinário, inquietos e trepidantes com relação aos grupos de que não são integralmente membros. Situação também, como sabemos, dos homossexuais em quase todas as sociedades modernas, de moralidade predominantemente ou quase exclusivamente heterossexual”.

Promoção da Saúde: revisitando o conceito

O conceito de promoção da saúde, que assumimos neste artigo, recupera essas interações, questiona o caráter universal e monolítico da medicina tradicional e incorpora as dimensões política e sócio-econômica atreladas aos processos de gestão da saúde em nosso país. Com esta perspectiva abrangente, torna-se útil a análise e crítica do modelo de comunicação para a saúde que a mídia brasileira tem adotado e certamente sinaliza para a necessidade de uma revisão conceitual e de uma atuação prática.

A Promoção da Saúde representa uma nova perspectiva para contemplar a questão da saúde pública e, de imediato, renega a concepção de doença como fatalidade natural que deve ser enfrentada, prioritariamente, a partir de soluções técnico-científicas. Para os que defendem este novo

olhar, é fundamental não perceber a saúde como ausência de doença, mas como resultado de um conjunto de fatores ou recursos que inclui a educação, as condições de moradia e de alimentação, a renda, o meio ambiente, a justiça social e inclusive a paz.

Segundo a Carta de Ottawa, documento básico e pioneiro dessa nova concepção, a Promoção da Saúde compreende a “capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida” e abrange cinco campos de ação: criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, implementação de políticas públicas saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde.

Neste sentido, a saúde é percebida como virtude ou atributo a ser perseguido também por ações e esforços que se situam fora do estrito campo da saúde (hospitais, clínicas particulares, rede de assistência oficial, laboratórios etc) e se articula de forma mais ampla com aspectos sócio-culturais, econômicos, políticos etc.

Como explica Fernando Lefèvre (2004), a Promoção da Saúde dá um passo adiante em relação à concepção tradicional, porque ela admite que “...a simples ausência ou retirada da doença de uma pessoa ou coletividade, como efeito do consumo de medicamentos, por exemplo, conduta largamente hegemônica na área da saúde, não implica necessariamente a presença da saúde porque a doença pode voltar, uma vez que a ação que provocou a retirada não consistiu numa interferência nas chamadas causas básicas ou determinantes das doenças – que são largamente extra-sanitárias – mas apenas em seus efeitos mais imediatos. Ou pode significar que a saúde tem menos a ver com o campo regional da saúde e mais a ver com o campo global da sociedade, onde deve, sobretudo, ser buscada.”

Trata-se, portanto, de uma revisão do próprio campo de saúde que, sob esta perspectiva, está ampliado para incorporar outros elementos. Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-Estar do Canadá, já em 1974, formulava este conceito que, basicamente, está registrado na

Carta de Otawa. Moacyr Scliar (2002, p.98) o sintetiza de forma lúcida, evidenciando que ele abrange:

- a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a morada, o local de trabalho;
- o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares, os medicamentos, são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos...

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde) define, apoiada nessa concepção, como seus objetivos principais: “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais; prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país; valorizar e ampliar a cooperação do setor de saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.”

Como se pode perceber, o combate à doença não se constitui no foco principal mesmo porque o seu próprio conceito está agora redimensionado, não incluindo apenas as patologias que dizem respeito a problemas físicos. A ausência de paz, por exemplo, significa uma forma moderna e dramática de “doença” e, nesse cenário, devemos reconhecer que a sociedade brasileira nunca esteve tão “doente”.

Embora abrigue uma proposta moderna de promoção de saúde, a Política Nacional tem merecido avaliações e/ou reparos na medida em que se reporta a ações não satisfatoriamente explicitadas ou, em muitos casos, que dependem de mudanças radicais de postura dos agentes públicos.

O documento oficial, por exemplo, se refere à intersetorialidade como estratégia, mas não deixa claro como vencer a resistência dos setores de governo em compartilhar experiências, em dialogar, já que, tradicionalmente, a burocracia estrutura-se em feudos, em instâncias de poder, que são loteados para os partidos que apóiam o Governo.

Gastão Campos, Regina Barros e Adriana Castro lembram com propriedade que “a intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.” Não vêem com simpatia o fato de a “intersetorialidade (...) ser pensada como uma estratégia única e/ou definitiva a ser aplicada sobre os diferentes territórios e populações. Ao contrário, ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso, e, principalmente, envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas”.

Sobretudo neste momento, quando assistimos ao escândalo das ambulâncias (a rumorosa CPI das sanguessugas) com envolvimento direto da classe política e do Ministério da Saúde, fica difícil imaginar que exista competência ou credibilidade do principal órgão gestor de políticas públicas de saúde em nosso País para definir ou implementar qualquer coisa.

É importante, ainda, neste breve resgate do conceito de promoção da saúde reforçar a distinção entre promoção e prevenção para que não se confunda este campo mais amplo com o da chamada Medicina Preventiva. É evidente que existem tangências entre eles, particularmente quando se examinam autores e atores fundamentais que contribuíram para a sua compreensão e crítica, como Sérgio Arouca, mas são espaços conceituais que não se sobrepõem.

Esta distinção está bem explicitada em Lefèvre (2004, p.37):

(...) o termo Prevenção deve, a nosso ver, ser reservado para toda medida que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste (ou que tenha diminuída a sua probabilidade de ocorrência) ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou nas coletividades. A Promoção, por outro lado, para se diferenciar da Prevenção, caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da Prevenção, teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos”.

Uma discussão apropriada e consistente sobre a distinção entre Prevenção e Promoção da Saúde pode ser encontrada também no livro organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas (2003), especialmente no artigo de Dina Czeresnia intitulado O conceito de Saúde e a distinção entre Prevenção e Promoção (p.39-53). Basicamente, ele retoma e amplia a posição de Lefèvre, chamando particular atenção para um refinamento da medicina tradicional, muitas vezes rebatizada de medicina baseada em evidências: “É com esse cuidado que se deve avaliar, por exemplo, propostas como a de medicina baseada em evidências, que utiliza fundamentalmente critérios e métodos epidemiológicos para sistematizar resultados de pesquisa aplicadas, experiências clínicas e de saúde pública” (p.51).

Por isso, ela propõe, para evitar a armadilha de se reduzir a promoção da saúde a um protocolo técnico, o enfrentamento de duas “questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a conseqüente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde” (p.51).

Finalmente, devemos frisar que o conceito de Promoção da Saúde não pode ignorar, em sua perspectiva

prática, a ação dos interesses privados que contra ela atentam a todo o momento. Merecem reparos, especialmente, a atuação da indústria farmacêutica, da indústria de armas, da indústria agroquímica e petroquímica, a visão estreita e mesquinha de parte significativa da comunidade empresarial que não provê condições razoáveis de trabalho e inclusive a mídia, que “sensacionaliza” a cobertura de saúde, transformando-a em espetáculo midiático.

Comunicação e Promoção da Saúde

Dentro desta nova perspectiva, a comunicação pode e deve desempenhar, certamente, um papel fundamental, mas, para isso, será necessária uma drástica ruptura no modelo em vigor, que reproduz as características da medicina tradicional, onde prevalecem a visão autoritária, o “discurso competente” e excludente associado ao jargão técnico e, sobretudo a influência nociva dos interesses privados.

A mudança necessária para que a comunicação se adapte ao novo conceito implica a adoção de novas posturas.

Em primeiro lugar, é fundamental que se multipliquem os protagonistas, os atores; ou seja, que as decisões sobre saúde não se limitem aos representantes da chamada ordem médica. Por vários motivos, inclusive a incapacidade de boa parte dos profissionais e entidades de enxergarem o campo da saúde além do círculo restrito da assistência e sistemas de cura, será indispensável um diálogo profícuo com outras competências e saberes. A promoção da saúde exige uma comunicação capaz de integrar olhares múltiplos, plurais, que aglutine representantes da área da saúde, mas também sociólogos, antropólogos, psicólogos, especialistas em meio ambiente, administradores e comunicadores profissionais (jornalistas, relações públicas e publicitários) dentre muitos outros. Sem esta pluralidade, a tendência é que a comunicação focada na saúde continue priorizando a doença, contemplando-a de maneira reducionista como resultado do mau funcionamento de órgãos e da ação de microorganismos patogênicos.

Essa hegemonia do olhar biomédico se manifesta, por exemplo, no distanciamento entre os profissionais da saúde

(os médicos, em especial) e os pacientes, como se a promoção da saúde (e a cura em particular) fosse uma dádiva dos curadores (um dom dos doutores diplomados) e não uma decisão e um empenho conjunto de todos os envolvidos no processo. Ela tem lugar também na tentativa da classe médica de se proclamar, mesmo junto às outras áreas da saúde (enfermagem, fisioterapia, gestão hospitalar, assistência social etc) como superior, inclusive reivindicando privilégios como a chefia obrigatória das equipes e o exercício exclusivo de determinadas atividades (vide a recorrente pressão contra as parteiras, os acupunturistas e os homeopatas sem diploma médico). Ela se cristaliza com a obsessão cientificista, responsável por considerar que a qualidade de vida pode ser obtida apenas com a implementação de procedimentos técnico-científicos, excluindo as iniciativas e conhecimentos que têm origem nas vivências do cidadão comum.

Em segundo lugar, a comunicação comprometida com a promoção da saúde precisa redesenhar o papel desempenhado pelos canais de relacionamento com a sociedade. Na prática, isso significa uma autocrítica severa dos profissionais de comunicação que atuam na grande mídia, reféns de fontes oficiais e de *lobbies* ilegítimos, em ambos os casos comandados por interesses políticos excusos e interesses comerciais inescrupulosos. A imprensa tem dado guarida não apenas à hegemonia da classe médica em detrimento de outros atores sociais mas repercutido um discurso autoritário e/ou sensacionalista, sem se dar conta do efeito perverso de uma divulgação não qualificada na área da saúde. É imprescindível que a comunicação para a saúde descubra e consolide novos espaços de promoção, como a imprensa sindical, a imprensa empresarial e, particularmente, que sejam estabelecidas parcerias com os movimentos sociais e as representações legítimas do Terceiro Setor. Esta comunicação participativa e democrática deve abranger, nos veículos, não apenas as editorias de ciência e de saúde mas, de maneira transversal, dialogar com as editorias de cidades, de política, de meio ambiente, de *agrobusiness* e assim por diante. A comunicação para a promoção da saúde deve permear todas as instâncias de divulgação, buscando reforçar este novo conceito a partir

da articulação de informações/opiniões que estejam associadas às várias áreas de cobertura. Não faz sentido preservar a situação atual que aprisiona a cobertura da saúde a páginas ou matérias especiais nas quais se repetem velhos equívocos, como o de dirigir o foco para doenças, surtos epidêmicos e de não percebê-los como fruto de fatores extra-sanitários.

Em terceiro lugar, a comunicação que se afina com a promoção da saúde deve incluir, obrigatoriamente, a cultura como pano de fundo ou determinante de ações promotoras da saúde, empenhando-se para perceber as pessoas em seu entorno sócio-cultural, portanto umbilicalmente vinculadas à sua realidade concreta. Neste sentido, deve olhar com suspeita para soluções universais, geralmente proclamadas por laboratórios farmacêuticos e fabricantes da tecnologia médica, que insistem em colocar seus lucros e os de seus acionistas acima do interesse público.

Por fim, a comunicação para a promoção da saúde deve pautar-se pela conduta ética irrepreensível, reordenando a relação entre médicos e laboratórios, que configura, em boa parte dos casos, uma parceria em favor do capital; deve capacitar-se para a conscientização de profissionais e agências de comunicação, hoje, muitas vezes, a serviço de monopólios, através da manipulação de informações e de mentes que visam ludibriar os consumidores, tidos como meros clientes. Os desvios éticos em nome do lucro são cada vez mais freqüentes no campo da saúde, exatamente porque esta visão mercantilista põe por terra todo o esforço de humanização.

A comunicação para a promoção da saúde deve constituir-se em uma ação política no sentido mais amplo do termo. Deve estimular a mobilização, pregar a militância cívica, denunciar as injustiças e estar atenta à relação promíscua entre governos, parlamentares e corporações. Para tanto, precisa ter a capacidade de dialogar com saberes diversos, repudiar discursos monolíticos e dar voz aos que hoje, em função desta proposta hegemônica da autoridade médica, estão excluídos do debate.

A comunicação para a promoção da saúde deve buscar apoio junto a profissionais e entidades da área de saúde, também comprometida com essa nova perspectiva e atuar

firmemente na Academia. Sobretudo, ampliando o espaço de formação de novos comunicadores (hoje são raríssimas as disciplinas e conteúdos de saúde nos cursos de comunicação e também as disciplinas e conteúdos de comunicação nos cursos da área de saúde).

A comunicação para a promoção da saúde deve valorizar as redes de relacionamento (grupos de discussão, *sites*, fóruns etc) potencializadas pelas novas tecnologias, alargando a discussão sobre saúde e seus condicionantes e empenhar-se vigorosamente para criar novos espaços (seminários, simpósios, cursos a distância, publicações etc) que objetivem o aumento da massa crítica nessa área.

A comunicação para a promoção da saúde deve constituir-se em ação obrigatória nas políticas de promoção da saúde, estar contemplada nas linhas de pesquisa dos órgãos de financiamento (Capes, CNPq, Fapesp, Faperj etc) e dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação Social.

A comunicação para a promoção da saúde exige esforço e empenho de todos aqueles que estão efetivamente comprometidos com a qualidade de vida e a cidadania. Com criatividade, coragem e competência será possível, a médio prazo, suplantar o estágio atual onde predominam a falta de espírito crítico e de rigor conceitual e a submissão aos interesses de grupos hegemônicos que apenas enxergam a saúde (mais propriamente a doença) como fonte de lucros.

Referências

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001.

ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ARAÚJO, Alceu Maynard. *Medicina rústica*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/Fiocruz, 2003.

- BELTRÁN, Luís Ramiro. Promoción de la salud: uma estratégia revolucionaria cifrada en la comunicación. *Comunicação & Sociedade*, v. 22, n. 35, p.139-158, 2001.
- BUENO, Wilson da Costa. A “empurroterapia” na imprensa: esta doença tem cura. In: *Anais da VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde: Mídia, Mediação, Medicalização*. Brasília, ANVISA, 2005.
- BUENO, Wilson Costa. A cobertura da saúde na mídia brasileira: os sintomas de uma doença anunciada. In: MARQUES DE MELO, José et al. *Mídia e saúde*. Adamantina/SP: UNESCO/UMESP/FAI, 2001.
- CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides; CASTRO, Adriana Miranda. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Disponível em: <<http://www.nusp.ufpe.br/projetos/projeto4/Avaliao%20de%20poltica%20nacional.pdf>> Acesso em: 20 de julho de 2006.
- CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo – 1950 a 1980*. São Paulo: Unesp, 2003.
- CHALHOUB, Sidney et al.. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FREYRE, Gilberto. *Sociologia da Medicina*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde & doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEFÈVRE, Fernando. *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo: EDUSP, 1999.

LEFÈVRE, Fernando. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LOPES, Myriam Bahia. *O Rio em movimento: quadros médicos e(m) história 1890-1920*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

LOPES, Boanerges; NASCIMENTO, Josias. *Saúde & imprensa: o público que se dane!* Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

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

MARQUES DE MELO, José et al.. *Mídia e Saúde*. Adamantina: UNESCO/UMESP/FAI, 2001.

MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos E.A. (orgs). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/vigilancia/AnexoI_PNPS_AGENDA.pdf. Acesso em 20 de julho de 2006.

NASCIMENTO, Álvaro. *“Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado” : isto é regulação?* São Paulo: Sobravime, 2005.

PEREIRA, Leonardo. *As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

PITTA, Áurea da Rocha (org). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995.

ROMERO, Mariza. *Medicalização da saúde e exclusão social*. Bauru: Edusc, 2002.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. Campinas: Unicamp, 2001.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2002.

SCLIAR, Moacyr. *Sonhos tropicais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Ciência e saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

TEMPORÃO, José Gomes. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

VON MARTIUS, Karl F. P. *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844)*. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1979.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: Medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889 a 1928*. Santa Maria/Bauru: UFSM/Universidade do Sagrado Coração, 1999.

POSICIONANDO PESSOAS POR MEIO DA LINGUAGEM DOS RISCOS: REFLEXÕES ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE 'HABILIDADES' COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Mary Jane P. Spink

Falar sobre riscos e alertar para os efeitos da governamentalidade da linguagem dos riscos parece ser *démodé* no enquadre atual de “promoção da saúde”. Pertenceria, talvez, à outra era, voltada, de preferência, à prevenção das doenças, de cunho mais biomédico e enfoque mais individualista. Tal afirmação, felizmente, é correta. Mas não creio que a resignificação socioconceitual que leva da Carta de Ottawa às posições nacionais e internacionais atuais de ampliação e complexificação do enquadre da saúde como responsabilidade coletiva (de pessoas, grupos, governos e comunidades de nações) constitua um abandono dos esforços de conscientização sobre riscos associados aos estilos de vida. Como afirma Dina Czeresnia, a diferença entre prevenção e promoção é concomitantemente radical e pequena. Radical na forma de articular e utilizar conhecimentos. Mas,

[p]equeña porque as práticas em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. Os projetos de promoção de saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito (Czeresnia 2003: 47).

Penso que a linguagem dos riscos está suficientemente cristalizada para funcionar como ponte entre conhecimentos científicos (no caso, sobre os determinantes de agravos à

saúde) e a produção de sentidos sobre esses mesmos agravos no nosso cotidiano. E, como o discurso da promoção precisa incorporar as “habilidades pessoais”, sobretudo no que concerne a esse cotidiano de vida que passou a ser denominado de “estilo de vida”, nada mais fácil do que se servir da ponte já existente.

Este ensaio faz uma incursão na literatura biomédica em duas direções complementares: situa os enquadres teóricos que utilizam a linguagem dos riscos, de modo a entender as posições de pessoa que são assim discursivamente engendradas; e busca a presença desses discursos em textos localizados na base de dados *Medline*.¹

Começarei situando as habilidades pessoais no contexto das posições contemporâneas sobre promoção da saúde. Tratarei, então, dos usos da linguagem dos riscos na saúde pública e das posições de pessoa a eles associados. Ilustrarei usos e posições por meio de dados derivados da pesquisa no *Medline*. Concluirei abordando um incômodo que me persegue desde 1998, quando iniciei as pesquisas sobre a linguagem dos riscos: tomando a promoção na perspectiva das habilidades, haveria algum espaço para a aventura, ou correr riscos continua sendo posição perpassada por valores negativos?

Obviamente, neste ensaio, falo posicionada como psicóloga social que se crê militante na saúde coletiva; que procura desenvolver uma vertente crítica de pesquisa e teorização em diálogo com abordagens construcionistas (Ibañez, 2001); que nunca abriu mão do fascínio com as reflexões foucaultianas sobre governamentalidade (Foucault, 1986) e que tem nas práticas discursivas cotidianas seu foco de pesquisa. E, acrescentaria, que olha o mundo a partir de lentes muito específicas: o termo, a noção, o conceito, o repertório e a linguagem dos riscos.

Sobre habilidades pessoais como estratégia de promoção da saúde

O termo “promoção da saúde”, segundo Paulo Buss (2003), foi usado, inicialmente, para caracterizar um dos níveis

1. Pesquisa realizada em 1999, com o apoio do CNPq, projeto *A construção social do risco no cenário da aids*.

de atenção da medicina preventiva de acordo com modelo introduzido por Winslow, em 1920, aperfeiçoado por Henry Sigerist, em 1946, com a introdução das quatro tarefas essenciais da medicina (promoção da saúde, prevenção das doenças; recuperação dos enfermos e reabilitação) e tornado clássico com o aporte de Leavell & Clark, em 1965. É deles o conhecido modelo da história natural da doença e seus três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário). Entretanto, o conceito adquire novas conotações, a partir da década de 1970, em resposta ao impacto das doenças crônicas não-transmissíveis e ao desmonte (ou reconhecimento de falta de resolutividade) dos modelos de atenção à saúde adotados pelos países desenvolvidos. Seja qual for a rede de fatores que levam a essa ressignificação, passou a haver consenso de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores que incluem estilos (pessoais e comunitários) de vida, fatores ambientais e organização de serviços de saúde.

A história do “movimento de promoção da saúde” tem sido foco de muitas reflexões (por exemplo, Brasil, 2001; Palma, Estevão & Bagrichevsky, 2003; Buss, 2003). Sua face contemporânea está fortemente marcada por uma série de eventos, a começar pelo Informe Lalonde, elaborado em 1974, pelo Ministro da Saúde do Canadá. Poucos anos depois, em Alma Ata, em 1978, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre atenção primária à saúde. Seguiram-se outros eventos, didaticamente arrolados por Buss (2003), resultando na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986.²

Esse primeiro conclave teve como produto a “Carta de Ottawa” que, segundo Buss (2003:25), tornou-se “um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo”. Tal documento propõe cinco campos centrais de ação: 1) elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; 2) a criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) o reforço da ação comunitária; 4) o desenvolvimento de habilidades pessoais e 5) a reorientação do sistema de saúde.

2. A quinta conferência foi realizada no México, em 2000

Procurando relacionar linguagem dos riscos e posições de pessoa no âmbito da promoção da saúde, é o quarto campo de ação que concerne a nós, por ser ele que resgata o valor da educação para a saúde. Para o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, “(...) é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, nas escolas, no trabalho e em qualquer espaço coletivo. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações” (Buss, 2003:27).

Essa educação rizomática tem como um de seus fundamentos a noção de estilo de vida. Fazemos da vida o que queremos (ou podemos) e nossas decisões sobre a adoção de estilos de vida saudáveis têm por base informações amplamente difundidas nas mídias. Diga-se, de passagem, que a profusão e polisssemia dessas informações, que empilham evidências de pesquisas presentes e passadas, validadas hoje e desacreditadas amanhã, aumentam o grau de reflexividade necessária para gerenciar nosso “estilo de vida”. Digo reflexividade, pois essa educação rizomática tem por base a crença iluminista na prevalência da racionalidade. Como afirmam Alan Petersen e Deborah Lupton (1996:15), “A teoria do estilo de vida posiciona cada sujeito individual como ator racional e capaz de efetuar cálculos que adota uma atitude prudente em relação ao risco e perigo”.

Mas nem só de racionalidade se alimenta o discurso das habilidades. Perpassa-o, também, a questão da responsabilidade cívica. Ou seja, não se trata apenas da condução de nossas vidas buscando a plenitude da saúde e do bem-estar; somos igualmente responsáveis pelos outros em dois sentidos complementares. Primeiramente, os outros que são diretamente afetados pelos nossos estilos de vida – vítimas passivas de nosso uso de tabaco, dos acidentes que causamos por dirigirmos alcoolizados –, ou aqueles que precisam assumir a posição de cuidadores quando somos nós as vítimas de nossos maus hábitos. Em contraste, nossa responsabilidade cívica diz respeito a “outros genéricos”, nossos co-cidadãos, porque nosso estilo de vida pode onerar os sistemas de saúde e previdência. Trata-se, assim, de postura moralizante de dupla face: responsabilidade pessoal e cívica.

São novos modos de pensar a promoção da saúde (PS) no enquadre da cidadania que trazem consigo conseqüências. Como afirmam Luis David Castiel e Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, é

[i]mportante salientar que a PS adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a PS seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a PS atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, através da ênfase em políticas públicas e ação intersetorial. Ou ainda, pode constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas (como são as propostas de educação popular) (2006:74).

Usos da linguagem dos riscos na saúde pública

Como ponto de partida para pensar as posições de pessoa decorrentes do imperativo de estilos de vida saudáveis, situaremos o uso da “linguagem dos riscos” (Hayes, 1992; Spink e Menegon, 2004) na saúde pública e suas implicações para as estratégias de disciplinarização da vida cotidiana. Focalizamos o risco, conforme explicitado em publicações anteriores (Spink, 2001a e 2001b), por ser este um conceito central da modernidade, seja na perspectiva da colonização do futuro (Giddens, 1992), seja como fundamento das estratégias de governos de populações. O primeiro aspecto - a possibilidade de prever e controlar eventos futuros - é conseqüência de lentas modificações na visão de mundo no ocidente que leva da visão teocrática à retórica da verdade pautada no método científico. Já as estratégias de governamentalidade se estruturam com base na necessidade de governar populações, em virtude das mudanças políticas que levam da ordem social do feudalismo aos estados modernos.

Emergindo nas diferentes línguas indo-européias entre o século XIV e XVII, risco passou a ser termo associado à possibilidade de ganho ou perda de algo que tem valor para indivíduos, grupos ou formações sociais, paulatinamente

elaborado no contexto da teoria da probabilidade. Extrapolou o plano teórico após a aplicação ao estudo das populações, tornando-se, nesse processo, poderoso instrumento de planejamento e definição de políticas públicas. Adentrou a área médica, baseando-se nas estatísticas populacionais, tendo sido formalizado no âmbito da epidemiologia (Ayres, 1997), a partir do início do século XX.

Essa longa trajetória, que tem início nas aplicações iniciais à economia, aos seguros (marítimos, num primeiro momento, e logo após aos seguros de vida, de saúde e de bens variados) e aos censos populacionais, leva a progressivas formalizações que geraram, na segunda metade do século XX, o sofisticado campo da Análise de Riscos, fundado no tripé: estimativa de riscos (*risk assessment*), percepção de riscos e gerenciamento de riscos (*risk management*). Aos poucos, essa abordagem passou a ser adotada em campos de saber-fazer diversos, incluindo aí a educação em saúde.

A visibilidade da palavra “risco” nos bancos de dados da área biomédica tem sido utilizada para ilustrar a importância crescente da abordagem dos riscos neste domínio do saber. Michael Hayes (1992), por exemplo, pesquisou a frequência com que a palavra risco apareceu no *Medline*, no período de janeiro 1985 a dezembro de 1991, tendo encontrado 100.898 referências. No mesmo período, a palavra ‘neoplasia’ gerou 309.008 referências, doença cardíaca, 103.358 referências e desordens cérebro-vasculares, 29.870 - uma medida da centralidade que o conceito adquiriu na área biomédica.

Alguns anos mais tarde, John-Arne Skolbekken (1995) publicou uma versão mais sistemática do número de artigos que continham a palavra risco no título ou no resumo, referenciados no *Medline*, no período de 1967 a 1991. Esse levantamento lhe permitiu referir-se ao fenômeno como uma “epidemia de risco nas revistas médicas”. Representando 1% dos artigos registrados em 1967, os artigos sobre risco passaram a 5% do total, em 1991. Interessante notar, ainda, que houve um aumento progressivo de artigos sobre risco mais recentemente, nos quais 50% das referências por ele localizadas datavam dos últimos cinco anos.

Não se trata, entretanto, de um campo homogêneo. Hayes (1992) considera que na área biomédica há três

abordagens distintas que têm o risco como foco de interesse: *Health Risk Appraisal*; *Risk Approach* e *Risk Analysis*. O *Health Risk Appraisal* (HRA)³, associado ao trabalho de Robbins e Hall (1970), é um método de avaliação prospectiva de pacientes que visa evitar mortalidade prematura. Trata-se, assim, de um apoio à prática da medicina preventiva, associado à epidemiologia clínica⁴. Na avaliação, informações referentes ao estilo de vida, às características pessoais, à história médica pessoal e familiar, entre outras, são comparadas com dados epidemiológicos e estatísticas vitais de modo a fazer projeções sobre o risco futuro de morbidade e morte. A intervenção volta-se, assim, à modificação dos “comportamentos de risco”, constituindo um dos modelos de atuação da educação em saúde e promoção da saúde.

O *Risk Approach* (RA) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1978) no contexto de seu programa de saúde materno-infantil. Teve como principal objetivo maximizar a utilização de recursos públicos para a prestação de serviços de saúde (*health delivery*), identificando as pessoas em maior risco de modo a lhes dar atenção especial.⁵ Os fatores de risco, nessa abordagem, são concebidos de forma mais ampla, incluindo o contexto socioecológico, além dos fatores individuais.

A terceira abordagem, *Risk Analysis/Assessment/Management* (RA/M), emanada da análise de riscos técnicos - é de escopo mais geral e concerne à avaliação do risco/benefício de tecnologias e produtos. Os riscos considerados são geralmente externos aos indivíduos, embora a forma como estes os percebem e a eles respondem seja parte intrínseca da abordagem. Os estudos daí decorrentes tendem a focalizar os três componentes, ora isoladamente, ora em seu conjunto: avaliação, percepção e gerenciamento dos riscos.

As três abordagens, por sua vez, provêm de “heranças híbridas” (Hayes, 1991:402), tendo em vista que a análise dos riscos se caracteriza pela interdisciplinaridade ou, minimamente, pela ausência de fronteiras disciplinares rígidas.

3 Também chamado de *health risk assessment*, *health hazard appraisal and assessment* (HHA), *personal health risk assessment* ou *health assessment*.

4 Nos anos setenta, Robbins e Hall criaram a Sociedade de Medicina Prospectiva (Society for Prospective Medicine).

5 O objetivo seria “efficient resource deployment through selective delivery of health care” (Hayes, 1991:55).

Uma das conseqüências desse hibridismo é a falta de coerência conceitual que se expressa na diversidade de definições do que é risco, na multiplicidade de técnicas de avaliação dos riscos e na variedade de termos que são usados para falar de riscos, por exemplo: fatores de risco, indicadores de risco, perfis de risco, referindo-se à avaliação; *estar em risco* (ou populações de risco) e *correr riscos* (*risk taking* ou comportamento de risco) para referir-se às pessoas; *risk assessment* (*health risk assessment*), *risk evaluation*, *risk analysis*, *risk approach*, *risk appraisal* (*health risk appraisal*), *risk management* e *risk notification*, para posicionar-se diante das três abordagens acima descritas; *risk reduction* (*health risk reduction*, *risk reduction intervention*); *risk factor reduction* (*risk factor intervention*, *risk factor change*), *risk based prevention* (*risk modification program*, *risk reducing measures*) e *risk information* (*risk communication*, *risk message*) para referir-se às diferentes modalidades de intervenção.

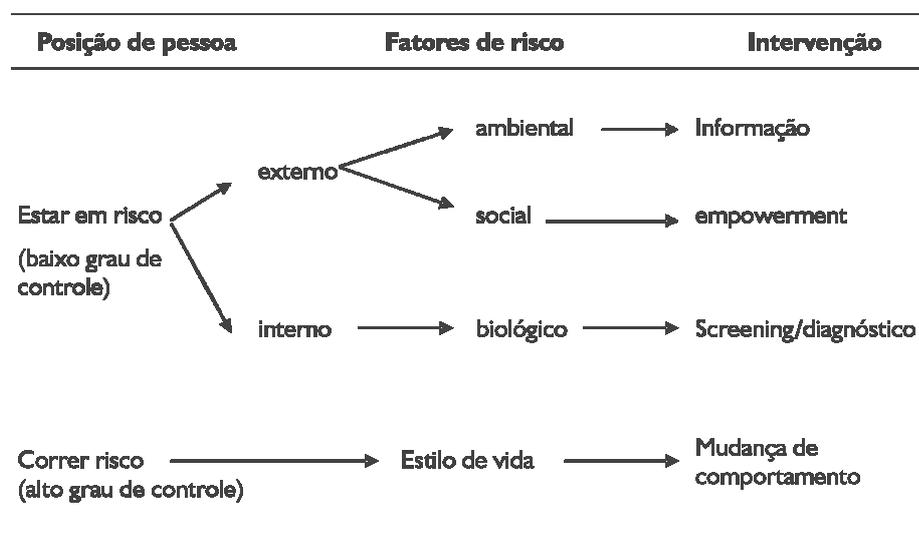
Há análises recentes, como as de Deborah Lupton (Lupton, 1993, Petersen & Lupton, 1996), que buscam entender a funcionalidade da linguagem dos riscos na saúde pública na perspectiva dos processos de disciplinarização. Emergem dessas análises críticas contundentes quanto à tendência individualista das análises de risco que não levam em conta os contextos socioculturais da percepção ou dos comportamentos de risco, e que acabam por exacerbar as funções moralizantes da linguagem de risco, como há muito já apontava Mary Douglas (1992). Dessa forma, correr riscos passa a ser responsabilidade de cada indivíduo e, diante da negatividade dos riscos na perspectiva das ciências biomédicas, cabe a cada um de nós, com o apoio das estratégias de educação em saúde, controlar os riscos, seja por mudanças no estilo de vida, ou pela aceitação da “dádiva da informação” (*gift of knowledge*, segundo Kenen, 1996) propiciada pelas modernas técnicas diagnósticas e pela adesão aos *screenings*.

Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos

Buscando um enquadre para a análise do uso da linguagem dos riscos na saúde pública, tomamos como ponto de partida a forma como a linguagem dos riscos na biomedicina posiciona as pessoas (Spink e Menegon, 2004), podendo elas

serem vistas, grosso modo, como estando *em risco* (*at risk*) ou *correndo riscos* (*risk taking, risk behavior*). Essas posições de pessoa, como sugerem Deborah Lupton (1993) e Regina Kenen (1996), decorrem da própria definição dos riscos e, sobretudo, dos postulados sobre o grau de controle pessoal na exposição aos riscos.

Há riscos sobre os quais as pessoas têm menor grau de controle, sejam eles externos - como aqueles provenientes de produtos tóxicos, da degradação ambiental ou dos processos de exclusão social - ou internos, como os riscos derivados da constituição orgânica ou genética de cada um de nós. Decorre desses o posicionamento de *estar em risco*. Mas há riscos que estão associados ao estilo de vida e que são, portanto, passíveis de controle, conforme o grau de informação e motivação pessoal para a mudança de comportamento. É nesse cenário que emerge o discurso sobre *correr riscos*. O Quadro I ilustra a relação entre essas posições de pessoa, a linguagem dos riscos e as formas de intervenção a elas associadas.



Quadro I: Risco e posições de pessoa

Ser posicionado como alguém que está *em risco* (ou correndo riscos) decorre de processos de avaliação (HRA, HA, HA/M) que freqüentemente constituem o primeiro passo do processo de intervenção. Os *riscos externos*, que se originam do ambiente (“riscos manufaturados”, na terminologia de Giddens, 1998) ou de vulnerabilidade social, fogem, de maneira geral, do controle pessoal. Assim, as intervenções de saúde

pública na perspectiva da educação, tendem a apoiar-se nas estratégias de: 1) análise da percepção de riscos por determinados grupos (ou pelo público em geral) e mudança de percepção por meio da informação, como no caso dos riscos ambientais; 2) mudanças organizacionais, de modo a possibilitar maior acesso a serviços, como na proposta do *Risk Approach* para a área materno-infantil; ou 3) *empowerment*, como no caso do ativismo ambiental ou de grupos minoritários. Os *riscos internos*, sejam eles genéticos ou decorrentes de processos mórbidos, também possibilitam um certo grau de controle por parte das pessoas *em risco*, sobretudo pela possibilidade de diagnóstico precoce e monitoramento dos indicadores de risco.

Ser posicionado como alguém que *corre risco* é também produto de processos de avaliação. Entretanto, os fatores de risco que levam a esse posicionamento são associados ao estilo de vida: alimentação, exercício, estresse, por exemplo. As intervenções de saúde pública tendem a ficar restritas às estratégias de educação, visando, sobretudo, à mudança de estilo de vida. Essas intervenções são embasadas por modelos teóricos sobre mudança de comportamento, dentre os quais são particularmente bem conhecidos na psicologia: *Health Belief Model* (Rosenstock, 1966), *Stages of Change* (Prochaska e Di Clemente, 1986), *Social Learning Theory* (Bandura, 1977) e *Theory of Reasoned Action* (Ajzen e Fishbein, 1980).

A linguagem dos riscos nas bases bibliográficas: uma incursão no Medline

Em 1999, como parte de projeto apoiado pelo CNPq, retomamos a linha de investigação sobre risco em bancos de dados, iniciada por Hayes (1992) e Skolbekken (1995) com o objetivo de entender o uso da “linguagem dos riscos” na saúde

6 Participaram deste projeto: Carolina S. T. da Rocha Azevedo, bolsista de Iniciação Científica; Fátima M. de Campos, Pedro Fernandes, Drausio V. Camanardo Jr. e Helena M.M. Lima, mestrandos do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, PUC/SP; Maria Auxiliadora Ribeiro e Ruth Santana, doutorandas do mesmo Programa.

7 Esta base inclui publicações da área médica e afins: medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, o sistema de atenção à saúde e as “ciências pré-clínicas”. O sistema de informação cobre cerca de 3.900 periódicos biomédicos publicados nos Estados Unidos da América e em 70 outros países. Conforme informação obtida no site da Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine), em março de 1999, o banco continha, na época, aproximadamente nove milhões de registros datados de 1966. A maioria destes registros provém de fontes em língua inglesa ou tem resumos escritos em inglês, certamente um viés lingüístico no que concerne à legitimação dos saberes na área médica. Por exemplo, dos 305 artigos que integraram a amostra utilizada para análise desta pesquisa, 84% eram em língua inglesa; dos 47 artigos em língua estrangeira, 20 eram em alemão, 5 em italiano, 4 em espanhol, 3 em francês, 3 em sueco e 3 em japonês. Havia apenas um artigo em português.

pública⁶. O *Medline*⁷ é uma das fontes de informação de um projeto mais amplo - o *PubMed* - desenvolvido pelo National Center for Biotechnology Information, situado na National Library of Medicine, por sua vez, localizada no National Institutes of Health em Washington, EUA. O *PubMed*⁸ foi desenvolvido em parceria com os editores de periódicos biomédicos como ferramenta de busca para acessar citações bibliográficas e, em certos casos, textos completos nos sites das editoras participantes do projeto.

Para realizar este levantamento foram feitas quatro buscas distintas: total de artigos por ano; total de artigos com *risk**⁹ como assunto; total de artigos com *risk** no título; total de artigos com *risk** no título e *health education* como assunto. Considerando que, na definição adotada no *Medline*, educação está fortemente associada à instrução formal, a opção foi utilizar o termo composto *educação em saúde*, definida nesta base de dados como: “educação que promove a consciência (*awareness*) e influencia favoravelmente a atitude e conhecimento relacionados com a melhoria da saúde seja pessoal ou comunitária”. A busca assumiu, assim, o seguinte formato: *risk** no título e *health education* como assunto, no período de 1966 (início do *Medline*) a 1998¹⁰.

Com base no levantamento acima detalhado, foi calculada uma amostra ($\alpha = 0,05$) de 305 referências com *risk** no título e *health education* como assunto.¹¹ O tratamento dos dados compreendeu duas fases distintas: 1) análise quantitativa do levantamento, com o objetivo de verificar a evolução da temática risco no conjunto das publicações referenciadas no banco de dados; 2) análise dos títulos e resumos dos 305 artigos sobre risco e educação em saúde que integravam a amostra, visando entender a relação entre posições de pessoas, fatores de risco e formas de intervenção para a redução ou prevenção dos riscos no cenário da educação em saúde.

8 O PubMed inclui o *Medline*, o *Premedline* (que fornece dados recentes, antes de serem incluídos no *Medline*) e o *Old Medline* (artigos anteriores a 1966).

9 O asterisco indica inclusão de qualquer palavra que tenha “risk” na raiz: termos compostos, sufixos, prefixos e o próprio termo no plural.

10. Busca realizada em março de 1999 em <http://igm.nlm.nih.gov/>.

11. O cálculo estatístico da amostra foi realizado por Yara Castro, da faculdade de Ciências Sociais e da faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

É essa segunda análise que nos interessa neste ensaio. Mas vamos a algumas considerações gerais:

1. Os bancos de dados são sistemas dinâmicos de modo que as taxas de crescimento refletem, pelo menos em parte, as vicissitudes dos processos de inserção de dados no sistema. Grosso modo, entretanto, é possível afirmar que os artigos que focalizam os riscos na área da saúde cresceram mais do que o total de artigos indexados (Figura I, anexa). Isto se aplica sobretudo ao final da década de setenta do século XX, período em que as abordagens de risco foram introduzidas na área. Há um segundo pico de crescimento no final da década de oitenta, em especial nos artigos que associam risco à educação em saúde, refletindo, provavelmente, o renovado interesse pelos comportamentos de risco associados à infecção pelo HIV.
2. Verificou-se também crescimento na proporção de artigos sobre risco no contexto da educação em saúde de 0,17% (1966 a 1970), para 0,37% (1971 – 1974), 0,72% (1975 – 1978), 1,04% (1979 – 1982); 1,51% (1983 – 1986); 2,36% (1987 – 1990); 3,65 (1991 – 1994) para 3,79 (1995-1998).

A fim de entender a relação entre posições de pessoas, fatores de risco e formas de intervenção para a redução ou prevenção dos riscos no cenário da educação em saúde, focalizamos o tipo de risco a que o artigo se referia. A tabela I permite visualizar a diversidade e a frequência das diversas áreas.

Tabela 1: Tipos de risco por período

Tipos de risco	66 70	71 74	75 78	79 82	83 86	87 90	91 94	95 98	Total	%
Riscos externos					2	1	14	6	23	7,5
Riscos ambientais					1		3	1	5	
Riscos sociais					1	1	11	5	18	
Riscos biomédicos	3	3	7	14	23	48	65	92	255	83,6%
Saúde materno-infantil	2	1	3			2	8	6	21	
Saúde da mulher			1	1			1	6	8	
Iatrogenia					3		1	2	6	
Riscos gerais à saúde	1		1	4	5	5	5	6	27	
Doenças específicas		2	2	9	15	41	50	72	191	
Estilo de vida		1	1		3	2	8	6	21	6,9
Comportamentos de risco		1	1		2	1	4	4	13	
Comportamentos sociais						1	1	2	4	
Acidentes					1		3		4	
Outros	2		2				2		6	2,0
Total	5	4	10	14	28	51	89	104	305	100,0

Os *riscos externos* englobam riscos ambientais e sociais. Classificamos como *riscos ambientais* os efeitos de produtos tóxicos no ambiente e os resultados de catástrofes naturais (aspecto que não apareceu na amostra). Tais riscos só se tornam objeto de educação em saúde quando o comportamento de indivíduos ou grupos é aspecto relevante de seu gerenciamento, razão por que foram localizados poucos artigos que os abordavam. As recomendações de um grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993) sobre o gás radônio (*radon*) constituem exemplo desse foco, uma vez que incluíam a comunicação como parte das estratégias de gerenciamento de riscos.

Qualificamos como *riscos sociais* aqueles decorrentes da organização social, incluindo aí a organização de trabalho e dos serviços de saúde. Tendem, assim, a fugir da alçada das ações de educação em saúde, aparecendo com baixa frequência (7,5% do total) na amostra de artigos analisados. São exemplos de ações educativas, nesse enquadre, os riscos conseqüentes da administração dos serviços (Laboratory Centre for Disease Control, 1993), das relações entre médicos e pacientes (Zollinger & Pasch, 1994) ou ainda das implicações dos seguros-saúde para riscos à saúde (Arjmand; Muntz & Stratman, 1997).

A categoria mais numerosa, compreendendo 84% das referências, foi a de *riscos biomédicos* associados à saúde materno-infantil (incluindo gravidez, parto e pós-parto); saúde

da mulher (relacionados aos métodos anticoncepcionais, reposição hormonal, e gravidez na perspectiva da mulher); iatrogenia (decorrentes do tratamento médico) e riscos associados a doenças específicas. A maioria dos artigos relacionados aos riscos biomédicos (75%) referia-se a doenças específicas, com destaque para as cardiopatias (que crescem a partir da década de oitenta), aos diferentes tipos de câncer e à aids (que começam a surgir no final da década de oitenta e tornam-se onipresentes na década de noventa).

Foram poucos (7%) os artigos que focalizavam os riscos associados ao *estilo de vida*, originados, portanto, das práticas sociais de indivíduos e grupos classificados como: práticas de risco (associadas ao uso de fumo, álcool, drogas e à sexualidade); comportamentos sociais (violência, abuso sexual, delinquência) e acidentes (decorrentes de comportamentos individuais: acidente de carro, acidentes domésticos, quedas, etc.). Entretanto, a epidemia da aids parece ter suscitado nova onda de interesse pelas práticas sexuais de risco relacionadas à gravidez dita “precoce” ou à infecção pelo HIV. É interessante notar que, no cenário das práticas de risco de difícil intervenção - como drogas e sexo, foi introduzida, nos anos noventa, a expressão redução de riscos (e redução de danos), com abandono da expectativa (ou esperança) de risco zero.

Há lugar, no modelo de promoção da saúde, para o risco como aventura?

Nos artigos analisados, o termo risco é utilizado de forma polissêmica, sugerindo falta de formalização do conceito na área da educação em saúde. Quando utilizado no contexto da epidemiologia - apoiando-se, portanto, na definição dos fatores de risco ou no cálculo do risco relativo -, o grau de formalização é maior, seguindo as fases de progressiva matematização enunciadas por Ayres (1997). Nesse contexto, pouco importa por que as pessoas optam por correr riscos; o que está em pauta é definir quem está em risco e quais os fatores associados ao risco. Essa tradição de pesquisa informa o campo da intervenção e serve de substrato para justificar os programas de educação em saúde.

Importada para a área da educação em saúde, a linguagem epidemiológica é re-elaborada, ganhando novos contornos nas abordagens do *Health Assessment*, *Health Approach* e, mais recentemente, *Risk Analysis*. Essas abordagens têm em comum a característica de serem híbridas, como apontava Hayes (1992), até por trazerem a marca da interdisciplinaridade. Este aspecto é particularmente marcante na abordagem da *Análise de Riscos*, que mescla a matematização para a estimativa de riscos, estratégias quali-quantitativas para a percepção de riscos e reflexões de cunho mais qualitativo para a análise dos processos de comunicação dos riscos.

Em contraste, nos estudos que relatam intervenções visando à mudança de comportamentos, a indagação frequentemente se volta aos fatores psicológicos, sociais e culturais que sustentam a perspectiva de *correr riscos* como decisão individual, mesmo quando contextualizada socialmente. Nessa esfera, o termo risco é utilizado como adjetivo, qualificando comportamentos. O grau de formalização é baixo, embora haja tentativas variadas de teorização, especialmente sobre os pressupostos a respeito da mudança de comportamento. É a psicologia, mais do que a epidemiologia, que serve de base para estas teorias.

Considerando mais especificamente o uso da linguagem de riscos para aplicação a programas de mudança de comportamento, observa-se que os artigos incluídos na amostra, tomados numa perspectiva histórica, tendem a abandonar as abordagens individualizantes, características do período inicial. As intervenções passam a incluir elementos do contexto social, buscando adaptar-se às especificidades culturais dos grupos-alvo. Esse esforço é particularmente visível nos programas voltados à prevenção da aids que têm o mérito, também, de reintroduzir a sexualidade e as questões de gênero nos programas de pesquisa.

No entanto, essa maior sensibilidade ao contexto cultural está longe de afiliar-se às correntes mais críticas dos estudos sobre risco, associadas às vertentes teóricas da antropologia, sociologia urbana, psicologia social e saúde coletiva. Tendo como cenário a educação em saúde, tais estudos são teoricamente limitados pela exigência cada vez

maior de avaliação das ações educativas. Observa-se, assim, um crescimento paulatino de estudos que utilizam desenhos quase-experimentais de pesquisa, com medida do comportamento-alvo antes e depois da intervenção. Vale ressaltar que encontramos apenas um artigo afiliado à tradição crítica de estudos sobre o risco (Lupton, 1993), seja porque as autoras e os autores que discutem os riscos nessa perspectiva publicam em periódicos não-indexados no *Medline*, seja porque o fazem sem referência à educação em saúde temática que orientou a busca de artigos analisados nesta pesquisa.

Ainda à guisa de conclusão, há evidências, nesse conjunto de artigos, de novas formas de abordar a mudança de comportamento, com menor ênfase no risco e maior reforço às habilidades já adquiridas, alinhando-se, portanto (pelo menos no que concerne a cada um de nós), às teorizações mais recentes sobre promoção da saúde. Mais uma vez, é na arena de sexualidade - possivelmente como resultado da aprendizagem obtida na arena da prevenção à aids - que encontramos esta tendência que tem por característica central utilizar uma linguagem positiva, de reforço aos comportamentos protetores, evitando falar apenas dos riscos. Trata-se, assim, de incluir nos programas de prevenção a aprendizagem de habilidades como aspecto essencial e complementar da informação.

Finalmente, é sinal dos tempos modernos, decorrência da crescente incerteza e complexidade da vida cotidiana na “sociedade de risco” (Beck, 1992), a centralidade da discussão ética. Encontramos vários artigos que focalizavam direta ou indiretamente as questões éticas. Em certos casos, tratava-se de fortalecimento da posição dos profissionais de saúde diante da possibilidade (também crescente) de ações jurídicas em face de aspectos variados do diagnóstico e tratamento médico. Mas há também sinais de preocupação com os direitos dos pacientes, numa visão menos legalista e mais voltada à incorporação plena da necessidade de capacitação técnica e conscientização política de todos os atores envolvidos em prol de melhorias à saúde da população.

Contudo, sob a ótica da linguagem dos riscos, a promoção da saúde, como já apontou Luis Castiel (2003:81),

“apresenta a potencialidade de veicular, mesmo implicitamente, posturas moralizantes de busca/manutenção de retidão, pureza, de evitação de máculas que corrompem o estado perfeito de saúde (...)”. Retomamos, assim, o incômodo que vem nos motivando a pesquisar a linguagem dos riscos e seus efeitos nos processos de subjetivação contemporâneos. Como conciliar o imaginário da aventura, tão presente na mídia contemporânea - seja como ousadia de desbravar novos territórios (sexuais, tecnológicos, informáticos), seja como experiência da adrenalina em esportes radicais - com a responsabilidade individual de gerenciamento de estilos de vida saudáveis?

A resposta, penso, será sempre insatisfatória pois estamos diante de um paradoxo. E paradoxos, por definição, são insolúveis. Tomando o risco como lente privilegiada para refletir sobre pessoalidade na sociedade contemporânea, deparamo-nos com expectativas contrastantes em diferentes contextos da vida social. Na saúde (individual ou coletiva), por exemplo, tende a prevalecer o apelo à responsabilidade (fomentada pela informação) de precaução diante de possíveis agravos. Mas não só! Basta lembrar que a aventura se faz presente em ensaios clínicos de tratamentos experimentais. Sem uma pitada de disposição para correr riscos (balizados obviamente pelos preceitos da bioética), os avanços nessa arena seriam mais lentos. Haja vista o que vem ocorrendo no campo da reprodução assistida (Menegon, 2006).

Também, no contexto da economia, as duas tendências se fazem presentes. De um lado, uma série de estratégias, como os seguros (uma das primeiras aplicações das análises de risco) e, de variados dispositivos de proteção aos consumidores serve de anteparo aos riscos presentes nesse contexto. De outro, defrontamo-nos com o imaginário do jogo e da aposta, por exemplo, no que concerne aos fundos de investimento. Podemos optar por aplicações mais seguras, ou podemos *arriscar* em fundos de maior risco.

No esporte, do mesmo modo, somos compelidos a correr riscos em busca da excelência: manobras mais arriscadas, quebra de recordes, etc. Entretanto, aqui também as estratégias de segurança se fazem presentes, como o desenvolvimento de habilidades técnicas que servem de

anteparo aos riscos e dão os limites da possibilidade de correr riscos com segurança.

Em suma, certas realizações dependem da disposição de correr riscos. Mas individual ou coletivamente, é necessário desenvolver estratégias de segurança que, paradoxalmente, possibilitem “virar o jogo” a favor do risco. Aprendemos que cintos de segurança são valiosos na preservação da vida. Metaforicamente, criamos uma diversidade desses cintos, de modo a preservar a vida em comunidade (local e global): procedimentos éticos na pesquisa, tratados internacionais, legislação de proteção contra práticas econômicas abusivas, etc. É possível que, na impossibilidade de viver sem paradoxos, o caminho possível seja mesmo o do desenvolvimento das habilidades individuais (e coletivas, para não esquecer jamais que co-produzimos nossas realidades sociais) de redução de danos, sem cercear o espírito de aventura.

Referências

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice Hall, 1980.

ARJMAND, E.M; MUNTZ H.R.; STRATMAN, S.L. Insurance status as a risk factor for foreign body ingestion or aspiration. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, v. 42, n.1, p. 25-9, 1997.

AYRES, J.R.C.M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo:Hucitec, 1997.

BANDURA, A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall, 1977.

BECK, U. *Risk Society - towards a new modernity*. London: Sage, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUSS, P. M. (2003) Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

- CASTIEL, L.D. Quem vive mais, morre menos? Estilo de risco e promoção de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A. (orgs) *A saúde em debate na educação física*. Blumenau, SC: Edibes, 2003, p. 79-98.
- CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. A noção 'estilo de vida' em promoção da saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A; DA ROS, M. (orgs). *A saúde em debate na educação física – Volume 2*. Blumenau: Nova Letra, 2006, p 67-92.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz , 2003, p. 39-54.
- DOUGLAS, M. *Risk and Blame - essays in cultural theory*. London: Routledge, 1992.
- FOUCAULT, M. A governabilidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 277-293.
- GIDDENS, A. *The Transformation of Intimacy*. Cambridge: Polity, 1992.
- GIDDENS, A. Risk Society: the Context of British Politics. In: FRANKLIN, J. (Ed) *The Politics of Risk Society*. Cambridge: Polity Press, 1998, p.23-34.
- HAYES, M. V. The risk approach: unassailable logic? *Social Science and Medicine*, v. 33, n.1, p.55-70, 1991
- HAYES, M. V. On the epidemiology of risk - language, logic and social science. *Social Science and Medicine*, v. 35, n.4, p.401-407, 1992.
- IBAÑEZ, T. *Municipiones para disidentes*. Barcelona: Gedisa, 2001.
- KENEN, R. The at-risk health status and technology: a diagnostic invitation and the 'gift' of knowing. *Social Science and Medicine*, v. 42, n.11, p.1545-1553, 1996.
- LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL. Bloodborne pathogens in the health care setting: risk for transmission. *J Can Dent Assoc*, v. 59, n.4, p.363-70, 1993.

LUPTON, D. Risk as moral danger - the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, v.23, n.3, p. 425-435, 1993.

LUPTON, D. *Risk and Sociocultural Theory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999.

MENEGON, V. S. M. *Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida*. São Paulo: FAPESP, EDUC – Editora PUC-SP (Série Hipótese), 2006.

PALMA, A; ESTEVÃO, A; BAGRICHEVSKY, M. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A. (orgs) *A saúde em debate na educação física*. Blumenau, SC: Edibes, 2003, p. 79-98.

PETERSEN, A. & LUPTON, D. *The new public health*. London: Sage, 1996.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W.R.; Heather, N. (Eds), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press, 1986.

ROBBINS L.; HALL J. *How to Practice Prospective Medicine*. Indianapolis, USA: Methodist Hospital of Indiana, 1970.

ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. *Millbank Memorial Fund. Quarterly*, v. 44, p. 94-124, 1966.

SPINK, M.J.P. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Psicologia e Sociedade*, v.12, n.1/2, p. 156-173, 2001.

SPINK, M.J.P. 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.

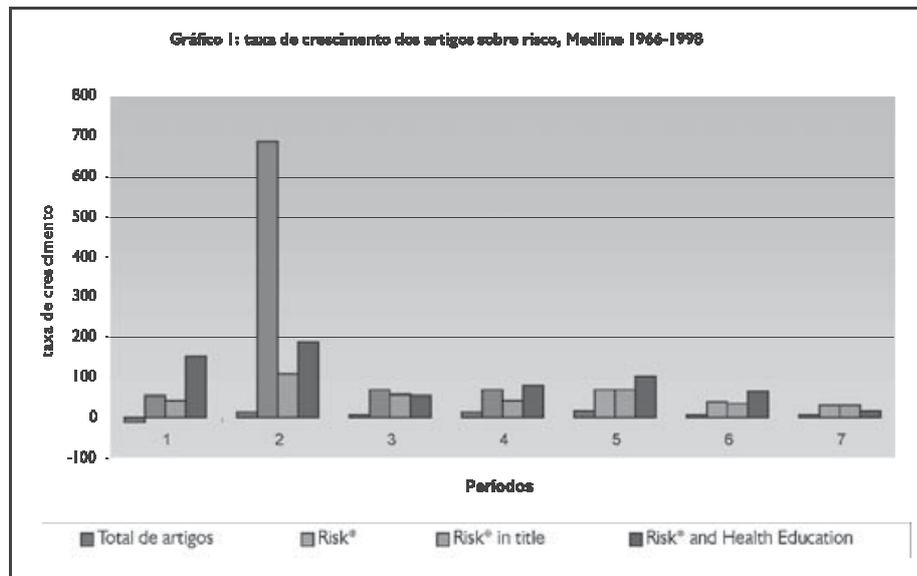
SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M. Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: IÑIGUEZ, L. (Org), *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2004, p. 258-311.

STOLBEKKEN, J-A. The Risk Epidemic in Medical Journals. *Social Science and Medicine*, v. 40, n.3, p.:291-305, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Risk Approach for Maternal and Child health care*. Geneva: WHO Offset Publication, No. 39, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indoor air quality: a risk based approach to health criteria for radon indoors. Summary report. *Cent Eur J Public Health*, v. 1, n.2, p. 130-1, 1993.

ZOLLINGER A; PASCH, T. Risk assessment and patient information before anaesthesia. *Schweitz Rundsch Med Prax*, v. 83, n.23, p. 708-12, 1994.



Períodos

1. 1966-1970
2. 1971-1974
3. 1975-1978
4. 1979-1982
5. 1983-1986
6. 1987-1990
7. 1991-1994
8. 1995-1998

O RISCO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA, CULTURA E SAÚDE¹

Dina Czeresnia

A sociedade contemporânea é definida como sociedade do risco, sendo este considerado elemento central para tomada de decisão racional em face ao crescimento da incerteza na cultura moderna tardia. O indivíduo moderno é concebido como senhor de seu próprio destino, dono de sua biografia e identidade. Através da racionalidade ele amplia o poder de controlar as situações da vida. Exerce sua autonomia mediante a capacidade de realizar ativamente escolhas informadas que minimizam riscos (Beck, 1997).

Os sujeitos utilizam reflexivamente sistemas de especialistas gestores da vida cotidiana. A vida social é regulada pela confiança em sistemas abstratos baseados no conhecimento científico, os quais orientam as escolhas através de cálculos de risco (Guiddens, 1997).

O conceito de risco epidemiológico é um destes sistemas abstratos. A monitorização e definição de estratégias de regulação de riscos no campo da saúde são tecnicamente viabilizadas pelos avanços nas técnicas de cálculo estatístico. Métodos epidemiológicos sofisticados são utilizados na estimativa da probabilidade de ocorrência de eventos de saúde e doença associados a determinadas exposições. O estudo dos efeitos prováveis do consumo de substâncias, de comportamentos, estilos de vida informam profissionais de saúde e os sujeitos em suas práticas cotidianas. As políticas e os programas voltados para a proteção e recuperação da saúde podem ser considerados como ações de gestão de riscos (Barata, 2001).

¹ Este texto é uma edição revista e atualizada do artigo "Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde", publicado em *Cadernos de Saúde Pública* v.20, n.2, 2004. Agradeço a leitura e valiosas sugestões de Sandra Caponi.

A identificação e redução de riscos tornaram-se um objetivo central da saúde pública. A gestão de riscos é nuclear ao discurso de promoção da saúde, que busca reorientar as estratégias de intervenção na área da saúde. Na definição explicitada na Carta de Ottawa (WHO, 1986), promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Esse processo de capacitação, que enfatiza a autonomia dos sujeitos e grupos sociais na gestão da saúde e na luta coletiva por direitos sociais, é informado pelo conhecimento científico dos riscos à saúde.

Uma pergunta importante é: que concepção de sujeito está sendo moldada através de discursos e práticas voltados à capacitação para escolha informada de riscos à saúde, calculados com base no conhecimento científico?

A técnica, baseada na ciência, produz representações, discursos, experiências, afetando o corpo e os processos psíquicos. As consequências e implicações culturais do conceito de risco no mundo contemporâneo não se restringem ao risco epidemiológico, mas sem dúvida, este é um elemento central desse processo.

O presente texto busca contribuir para a reflexão desse tema. Inicialmente apresenta uma breve caracterização do conceito de risco epidemiológico como um modelo abstrato que reduz a complexidade dos fenômenos estudados e gera uma apreensão da realidade com valores e significados.

A reflexão de Canguilhem sobre as relações entre ciência, técnica e vida é retomada com a perspectiva de aprofundar a compreensão das consequências culturais produzidas, que contribuem para a transformação das concepções clássicas de individualidade, autonomia e sociabilidade. Essas mudanças aparecem como naturais, mas são uma construção: possibilitam conquistas, mas também criam mal estar e desafios.

Convergente à análise de vários outros autores, Guiddens (2002) destaca, dentre as características da identidade moderna, a tendência de *segregação da experiência* - separação, na vida social diária, de experiências originárias que dizem respeito a questões e dilemas existenciais humanos.

O contato com situações que ligam a maioria dos indivíduos a questões mais amplas de moralidade e finitude é cada vez mais raro e fugaz (Guiddens, 2002).

Não há dúvida que temas vitais cruciais, como individualidade, alteridade, relação com a morte, estão presentes (ocultos) nas questões que envolvem a nuclearidade do risco no mundo atual. Essas questões, que são eixo das interrogações de alguns dos mais importantes pensadores da modernidade, devem ser tocadas ao se pensar criticamente o discurso atual das práticas de promoção e recuperação da saúde, baseadas no conceito de risco.

O conceito de risco epidemiológico

O conceito de risco epidemiológico surgiu no contexto do estudo de doenças transmissíveis, pois a identificação de microorganismos não foi suficiente para explicar totalmente as causas da sua ocorrência (Susser, 1973). Por exemplo, nem todos os indivíduos que entram em contato com os microorganismos adoecem; os que adoecem não apresentam a mesma gravidade. Essa constatação estimulou a utilização da estatística para buscar avaliar a probabilidade da interferência de outros fatores no processo.

O desenvolvimento do conceito e das técnicas de cálculo do risco amadureceu, a partir do final da segunda guerra mundial, com a importância crescente das doenças não transmissíveis, cujas causas não eram diretamente identificáveis. Os modelos estatísticos, aplicados a teorias biológicas passaram a ter cada vez mais desenvolvimento e aprimoramento.

A construção dos métodos de avaliação de riscos tem a experimentação como critério básico de rigor e legitimidade científica. No trabalho experimental, a lógica é controlar todos os fatores que podem interferir na experiência, criando-se condições de observar uma relação de causa e efeito. O ideal experimental é poder comparar a causa com a não causa, estando todas as outras condições sob controle. Para inferir o risco de um fator ou de um grupo de fatores, deve-se buscar observá-lo independentemente dos demais (Czeresnia & Albuquerque, 1995).

Construir um modelo para medir o efeito de uma causa ou de um conjunto de causas, exige um processo de “purificação”. É necessário assumir algumas premissas que viabilizam o modelo, isolando os elementos que se deseja observar. Esse processo constrói uma abstração do fenômeno estudado. Na medida em que o modelo é elaborado, o fenômeno passa a ser apreendido mediante uma representação, que reduz sua complexidade (Stengers, 1990). A construção da representação é inerente à lógica do modelo e, é justamente a simplificação que viabiliza sua operacionalização.

A abordagem do risco, por mais que se tornem mais complexos os modelos de análise, reduz, desconsidera aspectos dos fenômenos estudados. O desenvolvimento do método impõe artifícios para poder viabilizar sua operacionalização. As reduções, inevitáveis do ponto de vista da lógica interna do método, constroem representações que tentam “substituir” a realidade.

Ocorre aí uma inversão: a medida do risco deveria ser utilizada assumindo-se critérios de adequação à realidade complexa, mas acaba por construir representações em que a própria realidade é apreendida com base na redução operada logicamente na viabilização do método. “Apagam-se” aspectos importantes dos fenômenos. O artifício operacional pode produzir artefatos que estreitam as possibilidades de compreensão e intervenção sobre a realidade.

Risco e normatividade: inversão da anterioridade da vida em relação à técnica baseada no conhecimento científico.

A proeminência do modelo construído pelo conhecimento em relação ao fenômeno concreto que ele busca explicar produz valores e conseqüências culturais.

Quando discute o conceito de normatividade em *O normal e o patológico*, Canguilhem (1978) afirma que é, ao contrário, a experiência vital, anterior e raiz de toda atividade técnica. A reflexão nesse contexto que ele faz acerca das relações entre ciência, técnica e vida situa a compreensão das implicações culturais do conceito epidemiológico de risco.

Canguilhem dedicou-se à filosofia das ciências da vida. Porém, a filosofia das ciências da vida, mesmo mediatizada pela racionalidade das ciências da vida, encerra uma filosofia da vida (Machado, 1988). A filosofia da vida que se extrai da filosofia das ciências da vida em Canguilhem considera a dimensão vital do ser vivo. Essa dimensão vital está ancorada na perspectiva somática, mas ao mesmo tempo a transcende, permitindo sintonizar a reflexão filosófica a partir da conexão entre natureza e cultura.

A atividade normativa - capacidade de julgar e qualificar fatos em relação a uma norma, ou seja, de instituir normas - é antes de tudo uma propriedade da vida. “A vida não é indiferente às condições em que ela é possível, a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor” (Canguilhem, 1978, 96). A normatividade essencial à consciência humana está em germe na própria vida. A necessidade terapêutica é uma necessidade vital. A cultura está inscrita na natureza. “Toda técnica humana, inclusive a da vida, está inscrita na vida” (ibidem, p.99). A medicina enquanto técnica que se vale da ciência humana, é o prolongamento de uma propriedade vital. Enquanto um prolongamento do vital a técnica médica é indispensável, mas relativa (Canguilhem, 1978).

A técnica médica lida com a doença dividindo-a em uma multiplicidade de mecanismos funcionais alterados. Porém, a saúde e a doença são acontecimentos que dizem respeito ao organismo na sua totalidade. O organismo apresenta um conjunto de propriedades singulares – que só pertence a ele – graças ao qual ele é capaz de se preservar defendendo-se da destruição. Por mais ampliado que seja o poder de intervenção da técnica baseada na ciência, haverá sempre lacunas importantes entre o conhecimento de mecanismos funcionais e o conjunto de circunstâncias que interferem na saúde e na doença do homem.

Outro aspecto desta relatividade diz respeito aos limites do aferimento experimental, que fundamenta o conhecimento e a intervenção técnica, em relação às atividades funcionais fora do laboratório. “A não ser que admitamos que as condições de uma experiência não têm influência sobre a

qualidade de seu resultado – o que está em contradição com o cuidado para estabelecê-las – não se pode negar a dificuldade que existe em comparar as condições experimentais às condições normais – tanto no sentido estatístico quanto no sentido normativo – da vida dos animais e do homem” (Canguilhem, 1978, 114).

Ocorre uma tendência de desconsiderar o aspecto redutor do conhecimento e das técnicas que se produzem por meio dele. A técnica obviamente interfere na experiência vital dos homens, ela constrói representações, discursos, experiências, e historicamente interfere também nas transformações biológicas e ambientais. Este processo incorpora as consequências da inversão da anterioridade da experiência vital na configuração da técnica. Instituem-se normas que tendem a ocultar, na vida social, dimensões fundamentais da condição humana. Essas dimensões não são passíveis de exclusão, mas tendem a ser negadas, recalçadas.

Os resultados dessa tendência contribuíram para a transformação das concepções clássicas de individualidade, autonomia, sociabilidade e suas formas de regulação. Essas mudanças aparecem como naturais, mas são uma construção: possibilitaram conquistas, mas também mal estar e desafios. Daí a pertinência de buscar esclarecer a natureza da individualidade moderna e, especificamente, como as ciências da vida interferem nesta construção.

A questão da individualidade na história das ciências da vida: conceitos de célula, transmissão e risco

A questão da individualidade é um tema fundamental e persistente na história das ciências. Esta afirmação está presente na análise de Canguilhem (1976) sobre a teoria celular. Ele ressalta como a história do conceito de célula é inseparável da história do conceito de indivíduo e que valores sociais, afetivos e culturais estão presentes no seu desenvolvimento.

No contexto da racionalidade das ciências da vida, a questão da individualidade e os problemas teóricos que ela suscita fazem distinguir dois aspectos dos seres vivos que estão intrincados na sua percepção: matéria e forma (Canguilhem, 1976). Do ponto de vista material, o indivíduo é divisível,

estudado pela biologia através de estruturas cada vez menores. Enquanto forma o ser vivo é uma totalidade indivisível, que não existe sem estar inserido em um meio que lhe seja adequado.

A biologia conceituou o ser vivo a partir da sua estrutura material, estudada com base em fenômenos físico-químicos, correspondendo a um meio que, por sua vez, foi concebido como os componentes também físico-químicos que estão em contato com a parte externa do organismo, exercendo efeito sobre ele (Jacob, 1983). Já o ser vivo, enquanto forma, não se esgota no conceito de organismo, nem o meio em seus componentes físico-químicos. Como totalidade, o ser vivo passa a ser objeto de reflexão filosófica, pois não se reduz à biologia no sentido estrito.

A apreensão da vida com base nesses dois aspectos da percepção dos seres vivos, apesar das diferenças, preserva elos que evidenciam características constituintes e definidoras da condição de ser vivo.

Um deles é a constatação de que o ser vivo ao mesmo tempo em que preserva sua individualidade distinguindo-se morfológicamente do todo, só sobrevive estando em relação com o meio que o circunda. A questão da alteridade é um dado da vida. A afirmação de que o ser vivo mantém sua unidade *em virtude* da sua abertura e *apesar* desta abertura (Canguilhem s/d), tem uma dimensão biológica relativa às estruturas anatômicas e trocas físico-químicas entre meio interno e meio externo. Mas tem um sentido vital que transcende em muito essa dimensão: como o homem lida culturalmente com esta simultaneidade, entre separação e abertura; entre a preservação do indivíduo e a da espécie; entre individual e coletivo.

Os conceitos científicos, para além de uma construção racional, são também uma construção simbólica. Valores relativos à individualidade e à alteridade interferiram na construção da teoria celular, como apontou Canguilhem e, também, na elaboração das teorias sobre a propagação das doenças epidêmicas (Czeresnia, 1997). Na origem dessas teorias está a percepção do contágio, isto é, de que a doença epidêmica propaga-se por meio do contato com doentes ou

objetos por eles tocados. Contágio é uma experiência originária que se refere ao medo do contato com o outro. O pânico vivenciado nas epidemias esteve relacionado a atitudes obscurantistas e irracionais de rejeição.

A origem da doença na Idade Média foi associada à abertura do corpo às sensações e às circunstâncias que ampliam os espaços de permeabilidade do corpo. Os mais predispostos a adoecer seriam aqueles mais abertos ao contato e aos estímulos. Essa referência às interfaces do corpo permanece presente nos deslocamentos e descontinuidades que fizeram emergir a teoria moderna de transmissão de agentes específicos (Czeresnia, 1997).

O conceito de transmissão construiu uma nova racionalidade capaz de controlar o medo difuso associado à velha noção de contágio, permitindo alcançar formas mais efetivas de intervir sobre a propagação de doenças epidêmicas. Este conceito surgiu no século XIX, no contexto da emergência da medicina moderna. Ancorado na concepção de organismo, o conceito moderno de doença encontrou correspondência na anatomia patológica. Por sua vez, a explicação sobre a propagação das doenças epidêmicas deslocou-se dos sentidos do tato – contágio – e olfato – miasma -, que produziam uma apreensão vaga, para o sentido da visão, possibilitando uma definição objetiva e precisa das origens da epidemia. A partir da descrição das lesões específicas relacionadas aos sinais e sintomas clínicos de doenças buscou-se definir os agentes e os caminhos também específicos que seriam responsáveis pelo desencadeamento do processo inflamatório (Czeresnia, 1997).

O conceito de transmissão viabilizou uma teoria de estrutura científica sobre a propagação de doenças epidêmicas. Permitindo encontrar formas mais racionais e seguras de controle das doenças, está aparentemente desconectado da carga simbólica contida na percepção original do contágio. Porém, assim como as outras teorias explicativas sobre as epidemias, ele também contém uma representação simbólica das interfaces corporais, interferindo na construção moderna da idéia de alteridade. Uma perspectiva orgânica e anatômica fez emergir o conceito de transmissão. Entretanto, aproximando-se do corpo com base em sua anatomia e morfologia, a medicina da época estava, significativamente

detendo-se no estudo das estruturas de interface: a pele e as membranas mucosas (Czeresnia, 1997).

A gênese do conceito transmissão é uma das evidências sugestivas de que as interfaces do corpo são elementos de interpretação central para a compreensão da doença como fenômeno que integra as dimensões biológica e simbólica.

A teoria de doença epidêmica moderna contribuiu para a construção de representações corporais que levaram a um crescente “fechamento” das suas interfaces, tornando o corpo uma estrutura primariamente defensiva. Isto pode ser exemplificado mediante as inúmeras metáforas militares que impregnam o discurso médico. Desloca-se para um referencial externo – exacerbadamente defensivo – o que seria uma propriedade interna do homem enquanto ser vivo: a capacidade de preservar sua integridade, autonomia e identidade em relação dinâmica com o que o circunda (Czeresnia, 1997), o que secundariamente não exclui a necessidade da defesa.

Esses mesmos valores não só estão presentes como acentuaram-se no deslocamento do conceito de transmissão de agentes microbiológicos para o conceito de risco, como vimos, hoje predominantes nas abordagens epidemiológicas e de promoção da saúde. O conceito de risco abstrai de forma ainda mais radical a relação entre homem e meio. O conceito de transmissão representa a interface do corpo como interação entre orgânico e extra-orgânico. O conceito de risco prescinde até mesmo desta relação (Ayres, 1997) ao se constituir com base em modelos de probabilidade da relação entre exposições – causas – e eventos – doenças (Czeresnia, 1997).

Uma interpretação conseqüente a esta análise é a de que *risco* caracteriza uma alternativa da sociedade moderna para lidar com o medo do contato, manifesto de modo mais trágico e cruento nas imagens do contágio das pestes medievais, um substituto cultural das formas pré-modernas de lidar com o medo do perigo no contato com o outro (Douglas, 1992).

De um outro ângulo, constata-se como o processo progressivo de abstrações, que configuraram os conceitos de transmissão e risco, fizeram emergir novas estratégias de intervenção que marcaram profundas transformações na

prática médica. A teoria dos germes inaugurou a concepção moderna de prevenção de doenças. O conceito de risco produziu um deslocamento importante nas práticas de prevenção.

O risco não surge da presença de um perigo localizado em um indivíduo ou grupo concreto. O objetivo não é enfrentar uma situação concreta de perigo, mas evitar todas as formas prováveis de irrupção deste. Dissolve-se ainda mais a noção de sujeito ou de indivíduo concreto, substituindo-a por uma combinatória de “fatores de risco”. O componente essencial das intervenções deixa de ser uma relação direta – face a face – entre profissional (cuidador) e cliente (cuidado). Torna-se a prevenção da frequência de ocorrência na população de comportamentos indesejáveis que produzem risco em geral (Castel, 1991).

Na perspectiva foucaultiana, as estratégias de prevenção de doenças são interpretadas como capazes de exercer uma função disciplinar de controle e regulação. A lógica de normatizar diretamente o comportamento de indivíduos e grupos sociais, desloca-se com o conceito de risco. Ocorre então um processo de regulação em que os sujeitos são impelidos a realizar voluntariamente escolhas saudáveis orientadas por cálculos de risco. Neste contexto, *risco* na sociedade de hoje é compreendido como tecnologia moral, através da qual indivíduos e grupos sociais são manejados para estar em conformidade aos objetivos do Estado neo-liberal (Lupton, 1999). Cria-se uma esfera de liberdade para os sujeitos, para que estejam aptos a cuidarem de si mesmos, exercendo uma autonomia regulada (Petersen, 1996).

Características, limites e contradições da concepção de indivíduo e autonomia que predominam na cultura ocidental contemporânea e suas articulações com o risco é um tema recorrente entre pensadores da modernidade.

Risco e cultura

O controle de riscos é um componente importante do esforço progressivo de buscar proteção contra as ameaças à vida humana, um dos elementos centrais do processo civilizador. Em *Mal Estar na Civilização*, Freud afirma que tudo o que se busca com o fim de proteção contra ameaças de

sofrimento humano faz parte da civilização. Essas ameaças são provenientes de três principais fontes: o mundo externo, o próprio corpo e as relações entre os homens. Paradoxalmente, as conquistas da civilização implicam em mal estar.

Freud se refere à existência de conflitos inconciliáveis como os que tensionam os interesses do indivíduo em relação aos da coletividade. A civilização exige renúncia e conseqüente insatisfação de instintos poderosos, produzindo grande “frustração cultural” nos relacionamentos sociais entre os homens. A civilização impõe repressão à sexualidade e à agressividade. A mudança para a postura ereta, a desvalorização dos estímulos olfativos, a predominância dos estímulos visuais, a tendência cultural para a ordem e a limpeza, afastaram o homem da sua ligação mais íntima com a natureza, cercearam a sua sexualidade, reprimiram mais fortemente seus instintos, tornando-o mais infeliz.

Elias também ressalta que, no decorrer do processo civilizador, os aspectos mais primitivos e animais da vida humana foram associados a sentimentos de repugnância e vergonha e tenderam a ser removidos da vida social pública, banidos para os bastidores (Elias, 1994). Em *A solidão dos moribundos* (2001), o autor analisa como a morte é uma das dimensões da vida que foi progressivamente empurrada para os bastidores durante o impulso civilizador. O aumento progressivo da longevidade adia o confronto com a condição de finitude do homem e isso é acompanhado pela tendência crescente de isolar e ocultar a morte. A finitude é, contudo, incontornável e a perspectiva de controle do homem é limitada. O recalçamento ou negação desse, assim como de outros aspectos da condição humana pode ter conseqüências mais indesejáveis do que conhecê-los e vivenciá-los de forma concreta e sem retoques.

Elias lembra como na sociedade medieval a morte era mais presente, mais familiar, menos oculta, o que não significa que o contato com ela fosse mais tranquilo. Havia menos controle dos perigos e a morte era, muitas vezes, mais dolorosa. Não há como negar que no decorrer dos séculos que nos separam dos tempos medievais ocorreram mudanças acentuadas nas condições de vida. A vida tornou-se mais longa,

mais segura em relação a eventos imprevisíveis e ameaçadores e isto se reflete nas transformações importantes dos padrões de morbidade e mortalidade das sociedades ocidentais. Porém, na busca incessante de aliviar os sofrimentos, o homem moderno afastou-se do contato com experiências fundamentais à sua humanidade. A morte faz parte da vida e, contraditoriamente, a estética asséptica que tenta varrê-la para os bastidores da vida acaba por ter um resultado macabro que fragiliza a própria vida.

Não se trata de romantizar o passado como se ele tivesse sido melhor que o presente. Mas o resgate do passado pode trazer alguns elementos que iluminam a perspectiva crítica e vislumbram a construção de novas possibilidades. Ao recuperar-se a história e as imagens dos tempos medievais, por exemplo, pode-se entrar em contato com dimensões que foram negadas e interrogar a pertinência das opções culturais do ocidente.

No decorrer do processo civilizador a sociedade ocidental recalçou experiências que na sociedade medieval eram vividas de modo mais íntegro, construindo uma forma cultural específica de lidar com situações de conflitos insolúveis, constitutivos da condição humana. A dificuldade de lidar com o paradoxo produziu, no desenvolvimento da cultura, a fragmentação da realidade em oposições, optando-se por privilegiar valores como ordem, limpeza, proteção e controle.

A constituição da individualidade moderna implicou mudanças radicais nos modos de pensar e sentir. O refinamento dos costumes vinculou-se ao desenvolvimento de lógicas e técnicas de proteção do corpo. As fronteiras corporais tenderam a tornarem-se progressivamente mais demarcadas e os corpos mais defendidos (Rodrigues, 1999). O paroxismo dessa tendência seria o isolamento e assepsia total expressos na imagem fragilizada do menino-bolha utilizada por Baudrillard em *A transparência do mal*, que mobiliza a interrogação: o impedimento de qualquer contato direto com outro ser, conseqüente à manutenção da vida através da desinfecção absoluta do ambiente, já não seria a própria morte (Rodrigues, 1999)?

Metáforas como essa, de separação radical entre 'mundo interno' e 'mundo externo' correspondem ao alto grau

de individualização das sociedades ocidentais desenvolvidas. As pessoas se percebem como seres individuais, sujeitos isolados. É cada vez mais marcada a idéia do indivíduo totalmente autônomo, separado e inteiramente independente.

Há uma contradição importante nesta percepção. A estruturação da auto-identidade do indivíduo moderno tem como característica central a consideração de riscos informados pelo conhecimento especializado (Guiddens, 2002), como é o caso do risco epidemiológico. A percepção de independência e autonomia dos sujeitos contrasta com a análise realizada neste texto que evidencia, na construção do conhecimento, um processo de abstração do sujeito, de “esquecimento” de dimensões vitais à sua singularidade.

O corpo, nos mais diversificados aspectos da sua apreensão, torna-se progressivamente objeto de escolha e opções (Guiddens, 2002). O indivíduo “autônomo” e “independente” que realiza essas escolhas afasta-se, porém, do contato com experiências fundamentais à sua integridade. Uma dessas experiências diz respeito à capacidade de relação, que não poderia estar desvinculada da autonomia. A vida, tanto do ponto de vista biológico, como filosófico, é capacidade de preservar a individualidade, estando em relação.

A imagem do homem como um ser totalmente autônomo, separado dos demais é distorcida e produz sentimentos de solidão e isolamento, esvaziando o sentido da existência. O conceito de sentido não pode ser compreendido tendo como referência um ser humano isolado. O sentido é uma categoria social, algo constituído por pessoas em grupos, interconectadas e comunicando-se entre si (Elias, 2001).

Ao estudar as relações entre corpo e cidade na civilização ocidental, Sennet (1997) detecta a produção de progressivo afastamento em relação ao outro. Ele diagnostica como os projetos arquitetônicos modernos produzem privação sensorial, passividade e cerceamento tátil. Há no ambiente urbano uma perda cada vez maior da conexão entre corpo e espaço. O movimento e a velocidade acelerada nas cidades ajuda a dessensibilizar o corpo, tornando-o mais indiferente às dores alheias. Afirma que nosso entendimento a respeito do corpo precisa mudar, para que as pessoas passem a se importar mais umas com as outras. O individualismo moderno

tem como objetivo a auto-suficiência, isto é, a perspectiva de seres completos. Porém é a consciência da incompletude, o reconhecimento da nossa própria inaptidão que possibilitam a compaixão cívica e a solidariedade.

A lógica da defesa acima de tudo, que impera em uma sociedade que busca incessantemente controlar riscos, acaba por transformar-se no mais grave perigo, pois estes não desaparecem simplesmente porque procuramos evitá-los (Sennet, 1997). As imagens idealizadas de plenitude entram em contradição com a necessidade de confrontarmos a nossa fragilidade, encontrando formas mais elaboradas de lidar com contradições e mesmo paradoxos inerentes à condição humana.

Todos esses autores estão se referindo à forma como se configurou a individualidade em relação ao mundo externo na civilização ocidental. Esta questão está inicialmente posta no núcleo da discussão de Freud em *Mal Estar na Civilização*. Uma interrogação que emerge a partir dessas leituras é se haveriam outros modos possíveis de conformação de representações de corpo, indivíduo e de suas fronteiras com o mundo externo, que, por sua vez configurariam outras formas culturais de lidar com a tensão entre individual e coletivo na sociedade ocidental.

Como vimos, os conceitos de célula, transmissão, risco contribuíram para a construção dessas representações. Esses conceitos foram elementos de desenvolvimento técnico que produziram efeitos significativos nas mudanças de perfil de morbidade e mortalidade das populações. Porém o aumento da longevidade ocorreu acompanhado de “efeitos colaterais”, analisados anteriormente.

No decorrer do século XX, houve uma extraordinária e veloz ampliação da capacidade técnica da medicina. Aumentou muito a capacidade de serem tratados os mecanismos das doenças e, isso em si teve poder para diminuir sofrimentos. Mas, ocorreu também um afastamento cada vez maior do sofrimento concreto dos homens. A afirmação de que “o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos” (Elias, 2001, 103), expressa muito bem essa contradição.

Este problema está relacionado à tensão entre técnica

médica e necessidades vitais, cuja raiz está na duplicidade da percepção dos seres vivos - matéria e forma -, detectada por Canguilhem. A técnica médica se constrói privilegiadamente com base na percepção do ser vivo enquanto matéria; já o vital manifesta-se no ser vivo enquanto forma. Uma diz respeito à noção de vida das ciências da vida, do estudo de mecanismos físico-químicos, fundamento cognitivo das intervenções da técnica médica. A outra à vida que se manifesta como acontecimento, em sua totalidade.

Encontrar modos conscientes e criativos de considerar a complexidade desta duplicidade é um desafio para os que buscam alternativas mais consistentes de transformação das práticas de saúde (Czeresnia, 1999).

Essa idéia encontra convergência com a perspectiva utópica que Milton Santos (2000) formula ao reivindicar que o uso da técnica possa ser feito permitindo ao homem crescer em sua humanidade. Ele afirma que hoje são dadas condições materiais para uma grande mutação da humanidade, mas que a mutação tecnológica deveria ser acompanhada igualmente de uma mutação filosófica. *“Muito falamos hoje nos progressos e nas promessas da engenharia genética, que conduziriam a uma mutação do homem biológico, algo que ainda é domínio da história da ciência e da técnica. Pouco no entanto, se fala das condições, também hoje presentes, que podem assegurar uma mutação filosófica do homem, capaz de atribuir um novo sentido à existência de cada pessoa, e também do planeta (Santos, 2000, 174)”*.

Elias (2001, 95) expressa um pensamento semelhante ao afirmar: *“no presente, o conhecimento médico é em geral tomado como conhecimento biológico. Mas é possível imaginar que, no futuro, o conhecimento da pessoa humana, das relações das pessoas entre si, de seus laços mútuos e das pressões e limitações que exercem entre si faça parte do conhecimento médico”*.

Uma “mutação filosófica” certamente exigiria o esforço de encontrar novas formas de conviver com o conflito entre individualidade e alteridade, que pressuporia a valorização de ambos. Isto não seria possível sem entrar em contato e conseguir re-elaborar experiências originárias difíceis de lidar e que, por isso, mobilizaram a opção da civilização para o polo da ordem, da defesa e do controle. Uma abertura ao risco

(Caponi, 2003), além do seu controle, é também condição básica para se conquistar e promover saúde.

Comentários Finais

Em síntese, podemos sugerir que um dos principais conflitos do mundo contemporâneo é a condição de serem fortalecidos valores individualistas ao extremo na circunstância de grande necessidade de cooperação. A gestão de riscos é proposta como escolha individual, mas para executar essa gestão é indispensável contar com sistemas especialistas. Isso significa que os sujeitos são desprovidos da capacidade de gerir riscos, sem estar submetidos à lógica do mercado ou a um sistema público depreciado. A saúde, em um sentido mais restrito, tornou-se uma forma de consumo. Isso tem o significado prático do acesso à compra de subsídios, de bens e serviços que ampliam as possibilidades na vida cotidiana e contemplam valores como beleza, juventude e demais requisitos para estar em condições de enfrentar uma sociedade cada vez mais competitiva.

A tragédia da realidade contemporânea se expressa na exigência de insumos para realizar os bens substitutos da felicidade em um mundo que não produz sentidos comuns para além do próprio individualismo. Ao mesmo tempo, o indivíduo percebido como autônomo, independente e construtor isolado do sentido de sua própria vida torna-o mais frágil e deprimido. Não há condição de realizar um processo de individuação bem sucedido sem considerar o indivíduo resultante de uma rede de relações sustentada na ética; e a ética do individualismo é prejudicial à realização da vida social em condições de salubridade.

Esse é um manancial para um novo perfil epidemiológico e grande desafio: o das doenças associadas à depressão, sejam mentais ou imunológicas; as doenças relacionadas à depressão apresentam crescente impacto e, nesse sentido, a cultura é uma forma de insalubridade relevante. Essa constatação mostra mais uma vez a importância de serem resgatados os valores de solidariedade e cooperação. Em todos os aspectos não há como encontrar saídas sem essa difícil e, quem sabe, possível solução.

Referências

AYRES, José Ricardo M.C. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997.

BARATA, Rita Barradas. Debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17, n. 6, 2001.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CANGUILHEM, Georges. *El conocimiento de la vida*. Barcelona. Editorial Anagrama, 1976.

CANGUILHEM, Georges. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70. (s/d).

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS C.M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

CASTEL, Robert. From dangerousness to risk In: MILLER, P.; GORDON C.; BURCHELL, G. (orgs) *The Foucault Effect: studies in governmentality*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n. 4, p. 701-710, 1999.

CZERESNIA, Dina; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 415-23, 1995.

CZERESNIA, Dina. *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DOUGLAS, Mary. *Risk and Blame: essays in cultural theory*. London/New York: Routledge, 1992.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos (seguido de envelhecer e morrer)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador vol. I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FREUD, Sigmund, 1930. *O mal estar na civilização*. Rio de Janeiro: S.E. Imago, v. XXI, 1990.

GUIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GUIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Unesp, 1997.

JACOB, François. *A lógica da vida: uma história da hereditariedade*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

LUPTON, Deborah. *Risk: key ideas*, London: Routledge, 1999.

MACHADO, Roberto. *Ciência e saber*, Rio de Janeiro: Graal, 1988.

RODRIGUES, José Carlos. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

STENGERS, Isabelle. Da racionalidade científica. In: *Quem tem medo da ciência?* São Paulo: Siciliano, 1990.

PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN A.; BUNTON R. (orgs) *Foucault, health and medicine* London/Nem York: Routledge. 1996.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro, Record, 2000.

SENNET, Richard. *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

SUSSER, Mervin. *Causal thinking in the health sciences*. New York: Oxford University Press, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1996. p. 11-18.

Contato:

E-mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br



IMPrensa UNIVERSITÁRIA

COORDENAÇÃO GRÁFICA: Luiz Henrique Farias

DESIGNER GRÁFICO: Cristovaldo C. da Silva

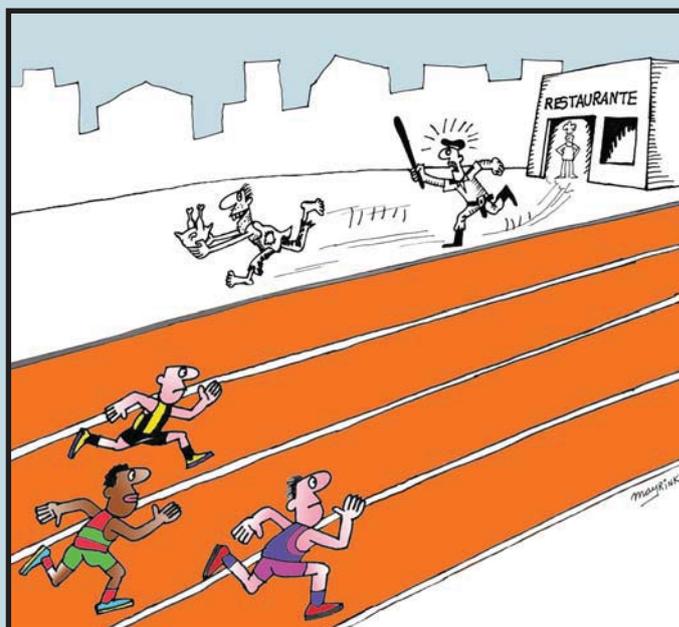
IMPRESSÃO: Davi Macêdo e André Andrade

FOTOMECÂNICA: Antônio Vitor

ACABAMENTO: Nivaldo Lisboa

SECRETÁRIO: Adilson Arouca

IMPRESSO NA GRÁFICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ILHÉUS-BA



- 1) **A construção histórica de ideais de corpos masculinos e femininos** - Carlos José Martins e Helena Altmann
- 2) **O corpo em Foucault entre construtivismo e fenomenologia** - Francisco Ortega
- 3) **Deixar de comer e/ou fazer exercício? Juventude, cuidados corporais e 'distúrbios' alimentares na perspectiva de gênero** - José Geraldo Damico e Dagmar Estermann Meyer
- 4) **Medicalização da aparência: os curiosos arranjos de um discurso científico da beleza** - Paulo Poli Neto e Sandra Caponi
- 5) **Novos paradigmas e saúde** - André Martins
- 6) **Reinventando o conceito de saúde** - Luiz Carlos Rigo, Eliane Ribeiro e Tatiana Silveira
- 7) **“Ministério da Saúde adverte: viver é prejudicial à saúde”** - Elenor Kunz
- 8) **Mercadorização biopolítica: sobre escolhas saudáveis em tempos de consumo** - Santiago Pich, Ivan Marcelo Gomes e Alexandre Fernandez Vaz
- 9) **Sedentário 'sem-vergonha', saudável 'responsável'? Problematizando a difusão do 'estilo de vida ativo' no campo sanitário** - Marcos Bagrichevsky, Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, Adriana Estevão e Alexandre Palma
- 10) **Comunicação e promoção da saúde no Brasil** - Wilson da Costa Bueno
- 11) **Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos: reflexões acerca do desenvolvimento de 'habilidades' como estratégia de promoção da saúde** - Mary Jane Spink
- 12) **O risco na sociedade contemporânea: relações entre ciência, cultura e saúde** - Dina Czeresnia