

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E  
SAÚDE

WÂNIA RIBEIRO FERNANDES

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: discursos oficiais e  
subjetivações no município de Lages, SC.

RIO DE JANEIRO  
2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Wânia Ribeiro Fernandes

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: discursos oficiais e  
subjetivações no município de Lages, SC.

Tese de Doutorado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação  
Educação em Ciências e Saúde,  
Núcleo de Tecnologia Educacional  
para a Saúde, Universidade  
Federal do Rio de Janeiro, como  
requisito parcial à obtenção do  
Título de Doutor em Educação em  
Ciências e Saúde.

Orientador: Vera Helena Ferraz de Siqueira

RIO DE JANEIRO  
2010

Fernandes, Wânia Ribeiro.

Educação em saúde da pessoa idosa: discursos oficiais e subjetivações no Município de Lages, SC / Wânia Ribeiro Fernandes. – Rio de Janeiro: UFRJ / NUTES, 2010.  
191 f.: il. ; 31 cm.

Orientador: Vera Helena Ferraz de Siqueira

Tese (doutorado) -- UFRJ, NUTES, Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde, 2009.

Referências bibliográficas: f. 174-186

1. Educação em saúde. 2. Assistência à velhice. 3. idosos - Psicologia. I. Siqueira, Vera Helena Ferraz de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, NUTES, Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde. III. Título.

Wânia Ribeiro Fernandes

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: discursos oficiais e  
subjetivações no município de Lages, SC.

Tese de Doutorado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação  
Educação em Ciências e Saúde,  
Núcleo de Tecnologia Educacional  
para a Saúde, Universidade  
Federal do Rio de Janeiro, como  
requisito parcial à obtenção do  
Título de Doutor em Educação em  
Ciências e Saúde.

Aprovado em:

---

Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup>. Vera Helena Ferraz de Siqueira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Alberto Villani  
Universidade de São Paulo

---

Prof. Dr. Alfredo José da Veiga-Neto  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa Dra. Vera Maria Sabóia  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Alexandre Brasil Carvalho da Fonseca  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

A todas as pessoas idosas que direta ou indiretamente contribuíram com esse trabalho;

Aos meus pais Antonio Pedro e Ilza;

Ao Gino, cúmplice de vida;

Às minhas filhas Juliana, Janaina e Jessica

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui exigiu um caminhar longo e complexo, que não percorri sozinha. Muitas “mãos” me guiaram e me ajudaram no percurso. Assim, é impossível finalizar sem agradecer especialmente:

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra.Vera Helena Ferraz de Siqueira, que se fez amiga e parceira em todas as etapas dessa pesquisa. Sua orientação cuidadosa, carinhosa, dedicada tanto de forma presencial quanto “à distância”, me ajudou a construir esse percurso acadêmico tão significativo em minha vida. Quanto mais eu desejava respostas prontas ela me dava perguntas instigantes. Quando a insegurança surgia, sua firmeza e serenidade dissipavam as inquietudes. Obrigada por ter me ensinado a buscar respostas, a trilhar o caminho.

A todo corpo docente do NUTES e em especial as Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Miriam Struchinner, Eliane Brígida, Vitória Brant, Flávia Rezende, Guaracira Gouveia e Ivone Cabral. Este foi um processo novo para todos(as) nós e o envolvimento e comprometimento de vocês foi determinante nessa caminhada.

À Coordenadora de Programa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Martins, quero expressar minha admiração por sua determinação e dedicação ao Programa e agradecer por seu empenho em nos proporcionar, sempre, melhores condições de trabalho, estudo e pesquisa.

Neste percurso, o momento da qualificação foi determinante. Assim quero agradecer imensamente aos componentes da banca: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Karine Brum, Prof. Dr. Alexandre B. C. Fonseca e Dr<sup>a</sup>. Glória Walkyria Rocha pelas desconstruções que me proporcionaram.

Os assuntos administrativos são sempre os que mais tentamos evitar, entretanto, a competência e dedicação de Lúcia Cardinelli e o apoio do Ricardo transformaram os trâmites burocráticos em etapas tranquilas.

A turma de doutorado inicial foi pequena, mas a união e o apoio foram imensos. Obrigada pela parceria à Cristina Cohen, à Laísa, à Paula, ao Guilherme e à Elisete.

A vida de “laboratório” foi uma etapa animada e criativa. As amigas do LLM: Andréa Silva, Ana Cristina Lima, Ana Claudia, Luciana Fernandes, e Márcia Bastos foram responsáveis por dias felizes e produtivos.

Na retaguarda desse processo, aturando meus momentos de apreensão, angústia, alegria, medo, entusiasmo, desânimo e ânimo tive da família mais do que compreensão, recebi apoio e incentivo. Em especial quero agradecer ao meu marido que verdadeiramente trilhou comigo essa estrada. O Gino acreditou em mim até mesmo quando eu não acreditava; na qualidade de pesquisador me deu sugestões de leitura, leu criticamente minhas produções, foi parceiro, investidor e confidente. Pacientemente suportou meus maus humores e minha ausência constituindo-se em verdadeiro cúmplice de vida.

Antonio e Ilza, meus pais, preciso agradecer sempre o apoio incondicional de vocês que me sustenta e me ajuda a ser o que busco.

Meus irmãos Claudio e Clara, cunhada Antonia e sobrinhos: Wagner, Wander, Vinicius, Vitor, Vivian, Isabella que atuaram como uma grande torcida organizada. Obrigada!

Minhas filhas, Juliana, Janaina e Jessica, incentivadoras sempre, companheiras, amorosas e amigas, obrigada pelo apoio e pelas novas



lentes que colocam em meus olhos, deslocando meus modos de ver e viver a vida. Tenho imenso orgulho de vocês!

D. Zilda, mais que sogra é uma segunda mãe que incentiva e estimula essa minha caminhada acadêmica.

A torcida dos cunhados, cunhada e sobrinhos de coração foi essencial. Obrigada, Denise, Claudio, Lúcio, Marcinha, Roberta, Vitor e Bruno.

Às pessoas que participaram desse processo, por acato ou mesmo por recusa, e todas as pessoas idosas que dia a dia me ajudam a (re)ver e (re)pensar a minha própria velhice.

À CAPES pelo apoio financeiro que possibilitou minha dedicação específica a este trabalho de pesquisa

E a Deus.

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

## RESUMO

FERNANDES, Wânia Ribeiro. Educação em Saúde da Pessoa Idosa: discursos oficiais e subjetivações no Município de Lages-SC. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

Este trabalho se voltou ao entendimento de processos de construção de significado e de subjetivação sobre o envelhecimento, levados a cabo a partir de discursos e saberes instituídos sobre promoção de saúde, saúde e educação. As noções foucaultiana de poder-saber, biopoder e tecnologias de si, nos ajudaram a entender como a política é significada e os indivíduos subjetivados em relação ao que é preconizado como modo saudável de viver. Em um primeiro momento foi efetuada uma análise das políticas de promoção de saúde e das políticas nacionais voltadas para este segmento populacional. A seguir, foram analisados os modos como um grupo de pessoas idosas residentes no município de Lages (SC) vem se subjetivando e sendo objetivadas a partir de discursos oriundos dos documentos que norteiam as políticas públicas nacionais para a pessoa idosa e daqueles praticados pelos gestores e profissionais responsáveis pelas ações políticas de promoção da saúde municipal. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semi estruturadas realizadas com pessoas idosas e com profissionais diretamente envolvidos nas ações de políticas públicas de saúde municipais voltadas à população idosa. Os resultados evidenciam que nos documentos das políticas públicas

nacionais o envelhecimento ainda é identificado como fase de “perdas” e de fragilidades. A noção de “risco” é utilizada para balizar as ações de promoção e prevenção em saúde e como principal estrutura para falar das possibilidades de instalação de patologias incapacitantes e da perda de autonomia ou capacidade funcional.

Os discursos dos profissionais e gestores do município significam a atividade física como principal estratégia para a promoção de uma “velhice saudável”. O entendimento dos adoecimentos como decorrentes de um determinado “estilo de vida” desloca para os sujeitos idosos(as) a responsabilidade pela existência ou não de saúde, neutralizando ou reduzindo o peso dos problemas sociais nesse processo. Os discursos dos idosos reproduzem, em grande medida, essas construções.

Palavras-chave: Discursos, Educação em Saúde, Pessoa Idosa, Biopoder

## **ABSTRACT**

FERNANDES, Wânia Ribeiro. Health education of the elderly person: official discourses and subjectivations in the city of Lages – SC. Rio de Janeiro, 2010. Thesis (PhD in Health and Science Education) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

This research aimed at understanding the processes of meaning construction and subjectivation of aging from established discourses and knowledge on health promotion, health and education. Foucault's notions of power-knowledge, biopower and technologies of the self helped us to understand how politics is signified and how the individuals are subjectivated in relation to what is recommended as healthy way of living. First, it was conducted an analysis of the health promotion policies and national policies aimed at this population group. Then, we analyzed the ways in which a group of elderly people resident in Lages (SC) have subjectivated themselves and have been objectivated by discourses that are originated in the documents that guide national public policies to elderly people and those practiced by managers and professionals who are responsible for political actions of municipal health promotion. The data were collected from semi-structured interviews with elderly people and professionals who are directly involved in actions of municipal public health policies aimed at elderly people. The results show that in the documents of national public policies aging is still identified as a phase of "losses" and

fragilities. The notion of “risk” is used to determine the actions of health promotion and prevention and as the main structure to discuss the possibilities of getting disability diseases and losing autonomy or functional capacity.

The discourses of the professionals and managers in Lages denote physical activity as the main strategy for “healthy aging” promotion. The understanding of sicknesses as results of an established “life style” shifts the responsibility for the existence/inexistence of health to elderly subjects, which neutralizes or reduces the role of social problems in this process. The discourses of elderly people reproduce, most of the time, these constructions.

Key words: Discourses, Health Education, Elderly Person, Biopower

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ALTERI	Associação Lageana da Terceira Idade
AMURES	Associação dos Municípios da Região Serrana
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
ATI	Academia da Terceira Idade
AVD	Atividade de Vida Diária
CAV	Centro Agro-veterinário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
COMID	Conselho Municipal do Idoso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNI	Conselho Nacional do Idoso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis
Dataprev	Dados da Previdência e Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
EPA	Environmental Protection Agency
FDA	Food and Drug Administration
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MIPAA	Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde das Famílias

PS	Promoção da Saúde
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEE	Transição na Estrutura Etária
TFG	Taxa de Fecundidade Geral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UNIPAC	Universidade do Planalto Catarinense



## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	PRESSUPOSTOS INICIAIS.....	24
<b>2.</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA</b> .....	34
2.1	ESCLARECENDO ESCOLHAS, SITUANDO A PESQUISA .....	34
2.2	PRESSUPOSTO TEÓRICO: O PENSAMENTO DE FOUCAULT.....	39
2.3	DE ONDE SE FALA .....	41
2.3.1	<b>Lages no “olhar” estrangeiro da pesquisadora</b> .....	45
2.4	OBTENDO DADOS.....	47
2.4.1	<b>A Alteri</b> .....	48
2.4.2	<b>As entrevistas na Alteri</b> .....	49
2.5	QUEM FALA? OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	51
2.5.1	<b>As Pessoas Idosas</b> .....	51
2.5.2	<b>Os gestores e profissionais municipais</b> .....	53
2.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	54
2.7	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS.....	55
2.7.1	<b>Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa</b> .....	56
2.7.2	<b>Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	56
<b>3.</b>	<b>UMA BREVE CARTOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL</b> .....	58
3.1	A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE E O DISCURSO DO SABER MÉDICO.....	66
<b>4.</b>	<b>OS DISCURSOS DA GESTÃO BIOPOLÍTICA DA VELHICE</b> .....	74

4.1	OS DISCURSOS SOBRE A VELHICE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS.....	78
4.1.1	<b>O Plano Viena.....</b>	78
4.1.2	<b>4.1.2 O Plano Madri.....</b>	81
4.2	OS DESDOBRAMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ENVELHECIMENTO.....	82
4.3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.....	90
4.3.1	<b>A Política Nacional de Saúde do Idoso.....</b>	92
4.3.2	<b>A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....</b>	95
4.4	BIOPOLÍTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ENVELHECIMENTO.....	99
4.5	AS CONSTRUÇÕES DISCURSIVAS DO RISCO E A GESTÃO BIOPOLÍTICA DA SAÚDE.....	104
4.6	OS DISCURSOS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.....	107
5.	<b>DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO.....</b>	112
5.1	OS SABERES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	116
5.2	A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	123
6.	<b>DO CUIDADO DE SI AS BIOASCESES.....</b>	129
7.	<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SABERES, PODERES E PRÁTICAS.....</b>	136
7.1	A VELHICE E A EDUCAÇÃO NOS DISCURSOS LAGEANOS.....	139

7.1.1	<b>O controle sobre o corpo: o exercício físico como sinônimo de bem estar.....</b>	141
7.1.2	<b>Os grupos como estratégia contemporânea de produção de vida saudável ou conhecimento de si .....</b>	146
7.1.3	<b>Cuidado de si como competência para cuidar de si.....</b>	149
7.1.4	<b>Condicionamentos do sujeito para a Saúde.....</b>	151
7.1.5	<b>Atividades sociais como práticas de saúde.....</b>	153
7.1.6	<b>Reprivatização da velhice: sob o predomínio do olhar.....</b>	155
7.1.7	<b>Práticas de liberdade na governamentalidade.....</b>	160
7.2	<b>OUTRAS VOZES PARA PENSAR AS PRÁTICAS DE LIBERDADE: EDUCAÇÃO POPULAR E ESTUDOS CULTURAIS.....</b>	162
8.	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	174
	<b>ANEXOS.....</b>	187

## 1. INTRODUÇÃO

Chegando ao final deste trabalho começo a pensar neste percurso e em algumas questões para mim importantes. Pelos menos duas delas ganham relevância e ficam muito mais presentes em minha mente: o deslocamento proposto pelo pensamento de Michel Foucault<sup>1</sup> e a escrita acadêmica, não necessariamente nesta ordem. “Descobri” Foucault no meu percurso acadêmico através das leituras sugeridas por minha orientadora, por ocasião do meu mestrado. De imediato me assustei. Quando pensava que estava entendendo tudo lá vinham as desconstruções e meu concomitante desespero. Mas, verdadeiramente, aqueles textos não me davam “sossego”, me instigavam e me levavam a continuar. Por vezes lamentava não ter iniciado tais leituras mais cedo, pois elas, possivelmente, teriam me ajudado a construir, naquela altura, entendimentos mais consistentes e análises diferenciadas dos dados da pesquisa.

Aprender a ler Foucault foi meu primeiro desafio, em especial quando tentava aproximar seu pensamento com o campo da educação. Neste movimento alguns autores, como Tomaz Tadeu da Silva, Alfredo Veiga-Neto, José Gondra, Silvio Gallo e Rosa Maria Bueno Fischer vieram em meu socorro. Continuo aprendendo a ler Foucault, continuo lamentando não ter iniciado a leitura de suas obras antes, continuo tentando descobrir “quem não sou”, ainda continuo me “desesperando” mas, sobretudo, acreditando na possibilidade de encontrar, a partir do modo diferente de pensar os objetos sugerido pela linha de pensamento foucaultiano, “pontos de fuga” ou pequenas possibilidades de “práticas de liberdade” na educação em saúde dirigida a pessoa idosa. Quanto à escrita, especificamente esta, de caráter academicista, ainda é, para mim, algo difícil. Não me considero ainda uma boa escritora, preciso de mais “treino” nesta tecnologia de falar das coisas e de mim mesma escrevendo. É evidente que as principais regras que

---

<sup>1</sup> Michel Foucault, um dos mais importantes filósofo e epistemólogo francês da contemporaneidade. Sua obra trouxe importantes contribuições para os movimentos antipsiquiátrico e antipedagógico.

regem este dispositivo acadêmico de avaliação de saber são por mim conhecidas, mas devo admitir que ainda necessito de mais “práticas e exercícios”, que demandam tempo e disciplina, para me constituir em uma escritora capaz de produzir textos que retratem a complexidade das questões, com clareza, e ao mesmo tempo atendendo as exigências academicistas. Escrever, nesta perspectiva, ainda se constitui em uma forma de “assujeitamento” a um modo de produção que regulamenta e disciplina a divulgação do saber/fazer pesquisa. E para falar a verdade, sempre tive algumas dificuldades com os disciplinamentos. Parafraseando Foucault, poderia dizer que não sei se um dia poderei apenas “escrever sem que escrever seja ‘escrita’”, mas persisto (FOUCAULT *apud* POL-DROIT, 2006).

Deparo-me, muitas das vezes, alternando entre uma escrita mais linear, descritiva e formal, onde procuro ser fiel aos autores consultados e aos entendimentos construídos por eles e a partir deles e outra, menos formal, onde a escrita se faz mais liberta dessas “amarras” estruturais acadêmicas, como agora. Tenho clareza de que esta minha escrita por um lado se circunscreve em um universo específico onde o “dito” nunca é neutro ou distanciado o suficiente para ser caracterizado como impessoal e, por outro lado, que ela (escrita) aqui expressa, possui a marca do “exercício” de deslocar as naturalizações e os “regimes de verdade” que me constituíram enquanto “sujeito moderno”, subjetivada que fui pelas grandes narrativas.

Assim, no decorrer deste texto, o leitor irá se deparar com movimentos que expressam a fluidez com que, em cada momento, em maior ou menor grau eu obtinha sucesso no processo de “desnaturalizar” meus modos de pensar e olhar “as coisas”; em conter o medo de “não dar conta” que constantemente me assaltava neste processo de “bem escrever” e mais, escrever em uma perspectiva foucaultiana. Confesso que em alguns momentos me perguntei: “por que entrei nisso?” e nestas horas queria muito ter algo pronto, algo dado que resolvesse tudo por mim; em outros era tomada pelo

entusiasmo das descobertas, das provocações que leituras e autores produziam em mim e que davam novo sentido a tudo e assim me movi num ziguezaguear incessante em busca de novos modos de pensar, em busca de “pontos de fuga” para a educação em saúde voltada para a pessoa idosa. Penso que em alguns momentos fui bem sucedida, em meu projeto, em outros muito pouco ou nada, mas quero reafirmar a minha marca de persistência.

Nesta direção então, senão de justificativa pelo menos de trajetória, gostaria de traçar rapidamente o percurso acadêmico que me trouxe até esta temática de pesquisa. Acredito que a partir da especialização e do trabalho que realizei de 1997 a 2000, no Programa de Pós-graduação em Geriatria e Gerontologia Interdisciplinar da Universidade Federal Fluminense e, posteriormente da dissertação de mestrado, realizado no NUTES/UFRJ, quando pude “ouvir” os discursos de mulheres idosas sobre identidade feminina mediados por suas experiências com o cinema, a questão da velhice veio adquirindo novos contornos para mim.

Os discursos mais atuais de colegas que atuam na área da promoção da saúde no envelhecimento e alertas trazidos pelas diversas mídias davam conta de que era imprescindível conseguir que a população idosa “aderisse” ou “se engajasse” definitivamente aos programas de educação e prevenção da saúde, ou... As reticências serviam para dar o tom de “nebulosidade” ou “pessimismo” a um futuro bem próximo, levando-se em conta o sempre crescente número de pessoas idosas em nossa sociedade, e mais, apontavam para a questão da “eficácia” do que vinha sendo proposto como ação política governamental para mudar tal cenário. Entretanto, seria interessante, pensava eu, identificar “para quem” este futuro estaria se constituindo de forma “nebulosa” ou “pessimista”? Para as políticas públicas de saúde? Para o sistema previdenciário brasileiro? Para os profissionais de saúde? Para as pessoas idosas? Para as famílias? O que fazer ou como fazer eram indagações que continuavam presentes nas discussões. Um outro aspecto que também me chamava (e continua

chamando) a atenção era o fato do envelhecimento, enquanto processo, e da velhice enquanto um “lugar social” serem ambos tratados como algo unívoco, sem especificidades de quaisquer natureza. Neste sentido, penso que em um país como o nosso, com tamanha amplitude territorial, onde encontramos realidades tão díspares em termos de clima, desenvolvimento urbano, cultura, distribuição de renda, acesso a informação, escolaridade, dentre outras diversidades, é imprescindível pensar o envelhecimento e a velhice considerando não tão somente a multiplicidade de suas manifestações e especificidades, mas considerar as diversas subjetividades que se instituem nessa pluralidade de cenários e circunstâncias.

Neste trabalho, o desafio de querer me utilizar do pensamento de Foucault para embasar a análise de um saber social sobre os discursos relativos à velhice e ao envelhecimento, se configura maior na medida em que tento, de algum modo, ser “fiel” a ele próprio e às ferramentas que desenvolveu. Lembro que Veiga-Neto (2006b) refere que a tentativa de (in)fidelidade a Foucault, sempre representa um risco a ser corrido e que ao tentarmos praticá-lo poderemos estar fazendo exatamente o que o filósofo esperava “que fizéssemos dele e com ele” usando-o como “um instrumento, um bisturi, uma tática, um coquetel *molotov*, fogos de artifício a serem carbonizados depois do uso” (p.82). O educador explica ainda que “fazer um estudo foucaultiano” pode significar usar no todo ou em partes suas ferramentas conceituais. Assim, me propondo a exercitar essa tensão entre a fidelidade e a infidelidade, entre o uso parcial e mais amplo dos conceitos do filósofo, abrindo caminho para o que Veiga-Neto chamou de “colocar tudo sob suspeita: desde nossa maneira de pensar, nossas verdades e certezas com que torcemos nossas idéias” (ibid, p.84)

Assim, para analisar, como as pessoas idosas vêm se subjetivando e sendo objetivadas através dos discursos de educação e promoção da saúde no Município de Lages (SC), debrucei-me sobre os discursos oriundos dos documentos que norteiam as políticas públicas nacionais para a pessoa idosa; daqueles praticados pelos gestores e

profissionais responsáveis pela implementação das ações políticas de promoção da saúde para a pessoa idosa do município e, por fim, sobre os discursos das pessoas idosas residentes no referido município. Entendo ser importante esclarecer quais fatores me fizeram desenvolver o estudo nesta localidade de Santa Catarina, considerando-se minha vinculação a um Programa de Pós-graduação no Estado do Rio de Janeiro. Originalmente o projeto previa identificar e analisar as práticas e discursos desenvolvidos em um município do Estado do Rio, cujo número de pessoas idosas é bastante significativo. Entretanto, atendendo a um antigo projeto de vida pessoal, que visava buscar melhor qualidade de vida, mudamos nossa residência para a região sul do país. Logo percebi a relevância de realizar minha pesquisa naquela localidade haja vista a ausência de estudos ou pesquisas desta natureza no planalto catarinense, o grande número de pessoas idosas na população regional e, em especial, a “curiosidade” de saber: como estariam se subjetivando as pessoas idosas daquela região? Assim tocada, busquei pesquisar este universo de meu interesse a partir das perspectivas foucaultianas de biopoder, biopolíticas, governamentalidade e cuidado de si, questões especialmente desenvolvidas pelo filósofo Michel Foucault na chamada “terceira fase” de sua obra. Sei que tais conceitos atravessam e se constroem apoiados em noções outras como a de norma, práticas de liberdade e ética, contudo, assumindo a minha condição de “aprendiz”, reconheço que ainda não tenho condições de dar conta, neste trabalho, de um aprofundamento de todas estas importantes noções, que poderão ser abordadas por um viés mais superficial.

Esta tese também parte de alguns pressupostos que podem ser colocados da seguinte forma:

- os encaminhamentos nacionais de educação e promoção em saúde atuais não contemplam a multiplicidade de modos de envelhecer;
- existe um hiato entre os discursos das políticas públicas nacionais, conforme concretizadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a implementação de ações de saúde e



educação em saúde no município, subjetivada no discurso dos(as) idosos(as);

- está em curso, na atualidade, uma dinâmica vinculada à prática de exercícios físicos como uma nova “lógica” de “combate à velhice” e promotora de saúde;

a política neoliberal de saúde convoca o sujeito a responsabilizar-se por si mesmo, a gerir seu próprio bem estar.

Considero também que as ações desenvolvidas como de caráter preventivo e de promoção de “envelhecimento saudável” e instituídas nos espaços públicos regionais podem ser analisadas como instâncias pedagógicas que visam produzir sentido no governo dos indivíduos. Se pensarmos em termos de uma analítica de governo dos outros podemos dizer que tais ações políticas sustentam-se nos princípios de que as ações governamentais proporcionam condições para “práticas de vida saudável”, conforme recomendado nas políticas públicas, e como desdobramento, convoca os sujeitos idosos(as) a participar, subjetivando-os como autônomos e suficientemente aptos para fazer escolhas (positivas) no gerenciamento de sua própria vida, cabendo somente a eles próprios praticar as recomendações que lhes são apresentadas e “escolherem” modos saudáveis de viver, a fim de obterem vantagens e garantirem uma “longevidade saudável”.

Tal estratégia é interessante por não se contrapor aos desejos dos sujeitos, de longevidade e saúde, e consegue convocá-los a participar, gerenciar sua própria vida e escolher o melhor para si mesmo; em resumo é o poder produzindo uma noção de velhice autônoma, independente e capaz de cuidar de si.

Este deslocamento das práticas de governo, de uma perspectiva disciplinar, central, coercitiva para uma outra mais participativa que considera a possibilidade de escolha dos sujeitos, produz efeitos como o de nos fazer crer que somos livres para escolher que tipo de vida ou saúde queremos ter, e também produz “verdades” como a que informa que “ter saúde” é resultado, especificamente, das nossas escolhas, do “estilo de vida” que optamos por praticar.

Trata-se de um processo de subjetivação do “*Homo Economicus*”<sup>2</sup> da sociedade neoliberal, que faz com que a vida da população e de grupos específicos entrem nos cálculos da economia, sendo, portanto, objeto de investimento biopolítico, de um poder-saber.

Em síntese, analisar as práticas de governo das populações, dirigidas às pessoas idosas e o modo como essas pessoas têm sido posicionadas pelos discursos da educação e promoção da saúde, nos últimos tempos no Município de Lages, SC nos ajuda a entender as tecnologias e mecanismos que regulam e conduzem a conduta desse grupo populacional rumo a uma direção mais conveniente, econômica para o Estado. Identificar os modos como este grupo vem se subjetivando a partir de tais discursos políticos, ajuda-nos também a pensar possíveis “pontos de fuga”, de exercícios de liberdade, exercidos pelas pessoas idosas nessas práticas sociais.

Este trabalho objetiva, então mais especificamente:

- Analisar os modos como a velhice vem sendo posicionada nos discursos das políticas públicas nacionais dirigidas a pessoa idosa;
- Identificar as estratégias biopolíticas de poder-saber presentes nos discursos oficiais que constituem a base das ações municipais, em Lages, sobre educação e promoção da saúde do (a) idoso(a);
- Analisar como as noções de capacidade funcional, autonomia, independência e envelhecimento saudável, que balizam as políticas públicas de saúde para a pessoa idosa, estão sendo subjetivadas nos discursos das pessoas idosas do município;
- Identificar como os responsáveis pela implementação e desenvolvimento de programas e ações de educação e promoção da saúde para a pessoa idosa, oferecidos pelo Município de Lages, subjetivam e objetivam o processo do envelhecimento.

---

<sup>2</sup> Conceito problematizado por Michel Foucault no curso dado no Collège de France no ano de 1979, Nascimento da Biopolítica.

## 1.1 PRESSUPOSTOS INICIAIS

Consideramos que a perspectiva do filósofo francês Michael Foucault, de não partir de conceitos prontos, ou buscar conceitos estáveis para examinar os fatos nos permite entender que os discursos produzem verdades e saberes, e não podem ser entendidos, através de explicações totalitárias, ou seja, que só admitam uma forma de interpretação. Assim, neste trabalho, procuraremos entender os discursos enquanto produtores históricos de saberes que se aplicam aos sujeitos diversos de maneiras diferenciadas. Procuramos guiar nossas análises seguindo as pistas deixadas por Foucault (2006b, p.253), sobre o modo como considera o discurso:

“Não procuro encontrar, por trás do discurso, alguma coisa que seria o poder e sua fonte, tal como em uma descrição de tipo fenomenológico, ou como em qualquer outro método interpretativo. Eu parto do discurso tal qual ele é!”.

O filósofo esclarece, assim, que não interpreta ou analisa os discursos enquanto representações de um “sujeito falante”, mas apenas “examina as diferentes maneiras pelas quais o discurso desempenha um papel no interior de um sistema estratégico em que o poder está implicado, e para o qual o poder funciona”. O discurso assim entendido torna-se importante ferramenta para a compreensão do que é aceito, regulado, negado ou interditado socialmente, sobre a velhice e o envelhecimento brasileiros na contemporaneidade (ibid p.253).

A década de 1980, no Brasil, pode ser destacada pelo surgimento de diversos discursos sobre o envelhecimento cujas terminologias enfatizavam estigmas e mitos vinculando o envelhecimento a um acontecimento negativo, tanto para o sujeito que envelhece, quanto para a sociedade na qual estivesse inserido. Em tais discursos também era reforçada uma noção de que este seria um fenômeno “repentino”, que se abateria sobre o sujeito, dissociando do envelhecimento as noções sociais, políticas, econômicas e de “processo” contínuo do desenvolvimento biológico humano (PAZ, 1997; FERNANDES, 2004).

Após os anos 1990 os discursos políticos e acadêmicos começaram a romper com esse paradigma, apesar de ainda apresentarem, na atualidade algumas tensões. Ora enfatizam o caráter “frágil” do organismo idoso e da necessidade de dedicar-lhe atenções especiais, abordando a fragilidade como algo “natural” ao envelhecimento ou inerente a ele, ora destacam a “sabedoria” que a pessoa idosa possuiria, como se o fato de viver um período de tempo maior garantisse ao sujeito erudição ou saber.

Deste modo, a noção de envelhecimento como processo, ou seja, como algo que se realiza continuamente e progressivamente em todo o organismo ainda não se encontra bem estabelecida em tais discursos. São comuns, em segmentos como o da indústria farmacêutica, da medicina, da estética e mais recentemente da política, discursos que enfatizam o envelhecimento como algo passível de ser estancado, impedido ou retardado. Na medida em que esta noção se fortalece como “verdade”, os “conselhos” e “dicas” sobre “como manter-se jovem e ativo” são cada vez mais evidenciados nas mídias populares. Os discursos convidam os sujeitos ora a se posicionar em relação a um estilo de vida, ora a refletir sobre suas escolhas “saúdáveis” (ou não) de viver, construindo, mesmo que de forma subliminar, uma idéia de prevenção em cada indivíduo daquilo que seria uma velhice precoce ou doentia.

O fato é que tanto no Brasil, como no resto do mundo, o processo de envelhecimento populacional vem consolidando um novo cenário demográfico, sendo possível observar uma maior e crescente proporção de mulheres no total da população idosa, ou a chamada “feminização” da velhice, fenômeno melhor observado entre os grupos de pessoas idosas com mais de 80 anos que traz demandas específicas para as políticas públicas (GOLDANI, 2004).

O ex-secretário da Organização das Nações Unidas (ONU), *Kofi Annan*, ao proferir a palestra de abertura na “Conferência sobre o Envelhecimento da População Mundial”, em abril de 2002, em Madri, alertou que o mundo deveria se preparar para uma explosão

demográfica da população acima de 60 anos. Segundo ele, tal fato iria demandar grandes mudanças estruturais nas sociedades e suas instituições para que a pessoa idosa pudesse se sentir um cidadão integrante e participativo da sociedade. Informou que as previsões para o crescimento da população idosa nos países em desenvolvimento ficariam em torno de 200% a 400%, nos próximos 20 anos (PASQUALOTTI, PORTELLA, BINELLI, 2004).

Corroborando com esses discursos políticos, discursos epidemiológicos contemporâneos informam que enquanto nos países desenvolvidos o progressivo envelhecimento populacional veio acompanhado de uma “transição epidemiológica”, o que significa dizer “mudanças ocorridas, ao longo do tempo, nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas” no Brasil, o acelerado processo de transição demográfica veio acompanhado de uma alteração na estrutura epidemiológica das doenças, caracterizada pelo fenômeno da “superposição” onde predomina, tanto as “doenças transmissíveis, quanto as crônico-degenerativas” (SCHRAMM *et al.*, 2004, p. 898).

Embora a noção de risco possa ser identificada e analisada nestes discursos tanto numa perspectiva individual quanto coletiva, a questão central que se destaca ao meu olhar é a do envelhecimento visto como “risco social” necessitando ser “administrado”; são as transformações populacionais analisadas como “dados”, numa dimensão que requer uma tecnologia de governo das populações focada na necessidade de um incremento no auto - cuidado.

Considerando que o caráter multidimensional e complexo do processo de envelhecimento implica na construção de um entendimento sobre a população idosa que consiga ir além do comportamento individual, ou estilo de viver, e da forma de integração de homens e mulheres idosos na sociedade, torna-se necessário analisar as múltiplas formas de objetivação, subjetivação e governamento da velhice na sociedade ocidental, posto que esta não só pressupõe “uma

certa categoria ou inscrição social”, carregada de significados, mas também informa que a experiência de envelhecer é, para cada indivíduo, um destino singular, “o seu” (BEAUVOIR, 1990).

A velhice ocidental, vivenciada pelos sujeitos como a perda de tudo o que é valorizado na sociedade contemporânea neoliberal – centrada no empreendedorismo, no dinamismo, na eficácia, na estética e na juventude – vem sendo (re)significada pelos discursos das políticas públicas que visam identificar mecanismos capazes de garantir que o sujeito idoso(a) possa ser também um “*Homo Economicus*”. Nesta perspectiva, estudos e dispositivos voltados para a promoção e a manutenção da saúde no envelhecimento calcados nos paradigmas capacidade funcional, da autonomia, ou seja, de uma velhice “econômica”, ganham relevância política, na medida em que esta é a velhice que interessa ao Estado, que permite sua governamentalidade.

Estudos antropológicos apontam que as pessoas idosas e seus familiares continuam associando “saúde”, ou a possibilidade de manutenção desta, a renda. Tal representação da saúde, como algo diretamente e especificamente dependente da situação econômica, cria a falsa noção de que saúde é uma mercadoria, passível de ser adquirida, bastando para tal contar-se com o valor monetário suficiente para sua compra (GOGNALONS-CAILLARD, 1979 *apud* UCHOA, 2003; UCHÔA *et al.*, 2002). Os resultados de tais estudos apontam para a urgência de o Estado desenvolver e implementar ações eficazes, que subjetivem este grupo populacional como sujeitos ativos, empreendedores de si, de uma vida saudável e longa. A Educação em Saúde, nesta perspectiva, seria a ferramenta da saúde pública capaz de contribuir para desenvolver nos indivíduos a “capacidade reflexiva e crítica” sobre o que poderia ser considerado como “ações de vida saudáveis”.

Tanto a palavra “saúde” quanto à concepção de saúde, historicamente, são ambas marcadas por uma pluralidade de sentidos, inscritos em diversos campos semânticos e admitindo diversos

significados. A leitura primeira, da palavra, se inscreveu em um contexto biologicista e naturalista e, ao longo da história, novos sentidos lhe foram atribuídos. Essas diversas construções de sentidos também direcionaram várias práticas e abordagens sobre a produção da saúde exercida em diferentes contextos sociais. Os paradigmas da saúde são, assim, de ordem biológica, psíquica, antropológica, social, política e histórica cujo entendimento, portanto, necessita trilhar uma perspectiva pluralista (BIRMAN,1999).

O ensino biomédico, as instituições e as práticas médicas são responsáveis pelo estabelecimento das normas, produção e reprodução dos saberes sobre a saúde. O “olhar clínico” do profissional da saúde, modelado no espaço universitário, passa a mediar as concepções de corpo e as fronteiras entre o dito normal e o patológico. Contudo, essa construção não se atém apenas aos profissionais e agentes da saúde, ela transcende o espaço clínico e constrói entendimentos entre os usuários dos serviços médicos e de saúde. Estes aprendem a desenvolver leituras e percepções, sobre suas experiências corporais, como doentes ou saudáveis, de bem-estar ou de mal-estar, do que é normal e anormal. Daí, a importância de entender os diversos matizes históricos da palavra saúde (BIRMAN,1999).

A partir do momento em que começa a ser pensado e discutido internacionalmente, o conceito sobre saúde se amplia e absorve entendimentos cada vez mais complexos. Em 1948, na ótica da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde foi concebida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. O enfoque formalizado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata (1978) – acrescenta a perspectiva de ser “direito fundamental dos seres humanos” e, ainda, a Constituição Federal brasileira de 1988, considera que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para

sua promoção, proteção e recuperação”. Observa-se que, em qualquer um dos conceitos, ela (saúde) permanece como fator ou elemento externo aos homens e mulheres.

Os esforços para incorporação do “social” às discussões da área da saúde têm trazido certo avanço na constituição de um entendimento sobre o “meio interno” (organismo) e suas relações com o “meio externo” (ambiente). Em geral, os avanços não conseguem ainda desconstruir a “tradição” biomédica de pensar a saúde. Entretanto, estes esforços têm produzido, nos últimos anos, importantes trabalhos para a ampliação do campo de discussão dos “determinantes de doenças e agravos em populações humanas”, com contribuições de autores da sociologia, da psicologia social, da economia, da filosofia, e de outros campos do saber. Todavia, para o médico, para o profissional de saúde, e principalmente para a população em geral saúde ainda é entendida como algo que se distancia da condição de indivíduo enquanto “ser de relação” com o ambiente; que se distancia mais ainda de um entendimento biopolítico, que a localiza como uma das modalidades de racionalidade governamental, da arte de governar os outros e a si mesmo e que se mantém como algo que “corremos o risco de perder” a qualquer instante, por uma fatalidade qualquer (RAMOS *et al.*, 1993; BUSS, 2003; LAZZARATO, 2008).

Podemos dizer que o campo discursivo no qual se insere o conceito de risco é basicamente de três naturezas ou instâncias que se interrelacionam. O termo “risco” no discurso do senso comum é abordado como experiência social e pessoal, frequentemente associado a perigo, ameaça; no campo científico da epidemiologia, este conceito é fundamental e os discursos privilegiam sua dimensão de predição de eventos coletivos associado à saúde - um olhar mais atento nos permitirá obter interessantes pistas sobre os deslocamentos historicamente sofridos por este vocábulo no campo da saúde. Por último, seu uso nos discursos técnicos da Clínica se centra no âmbito individual e é utilizado nos discursos de prevenção voltados a “estilos e modos de vida” (ALMEIDA FILHO, 1997).



Seu surgimento em estudos sistematizados se dá no séc. XVIII, na área da matemática, especificamente nas análises probabilísticas dos jogos de azar. É interessante observar que as primeiras abordagens sobre o risco se deram numa perspectiva técnica, cujas análises não consideravam a opinião individual, ou crenças particulares dos indivíduos. Foi por volta do ano 1735, que o matemático suíço Daniel Bernoulli, introduziu a subjetividade na análise probabilística do risco, abrindo uma nova vertente de estudos neste campo, indo além dos relacionados aos jogos de azar (BERNSTEIN, 1997).

Conforme indica Julia S. Guivant (1998) foi somente após os anos 60 que estudos “técnicos-quantitativos” sobre o risco passaram a ser realizados por disciplinas como: toxicologia, epidemiologia, psicologia e as várias engenharias e tais métodos, formulados por esses estudos, passaram a ser adotados por órgãos oficiais do governo americano, como a *Environmental Protection Agency* (EPA) e a *Food and Drug Administration* (FDA). Vale destacar que a partir desta abordagem técnico-quantitativa o risco passa a ser entendido como “evento adverso, uma atividade, um atributo físico”, com probabilidades objetivas de provocar danos, sendo então realizados cálculos quantitativos para que fossem estimados e estabelecidos os “níveis aceitáveis de risco”. É importante esclarecer que os critérios adotados por tais entidades servem como parâmetro para as políticas públicas de saúde de outros países, inclusive o Brasil.

Apenas no final do séc. XX a perspectiva sociológica da análise do conceito de risco ganhou uma grande relevância ao ajustar as características do risco e da gestão do risco às características políticas e sociais da sociedade contemporânea (modernidade tardia ou pós-modernismo), com a publicação dos trabalhos de Ulrich Beck e Anthony Giddens, autores mais conhecidos desta história da gestão do risco (CASTIEL, 1996).

No Brasil, a partir da década de 1990, estas noções de risco foram utilizadas em diferentes contextos no campo da saúde. No

princípio o risco esteve mais circunscrito ao campo epidemiológico, através da idéia de “grupos” cujas práticas levariam a um adoecer, como no quadro conceitual e prático de intervenção da síndrome da imunodeficiência adquirida HIV/AIDS (relativamente às práticas homossexuais masculinas e de usuários de drogas injetáveis), sendo possível, portanto, localizá-lo. Em seguida evolui para um entendimento de que os riscos se faziam presentes não apenas entre grupos específicos, mas entre práticas e comportamentos considerados “de risco”, e este deslocamento incorpora a noção de que todos podem estar vulneráveis a algum tipo de risco. Neste momento, a noção da existência de uma certa “vulnerabilidade social” capaz de atingir toda a população, não importando nível sócio-econômico, faixa etária, nível instrucional, gênero ou sexualidade passa a se estruturar. Este caráter dinâmico conferido ao termo vulnerabilidade permite entender as patologias de modo geral e a velhice em particular, contemplando propensões orgânicas individuais, mas também aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.

Sánchez e Bertolozzi (2007) apontam para esta polissemia que o termo adquiriu no campo da saúde destacando que, dentre as perspectivas de interpretação, são incluídos vários fatores como aspectos socioeconômicos, ocupacional, geográfico, político, individual e coletivo como capazes de potencializar ou reduzir a vulnerabilidade nos grupos populacionais. Deste modo, as autoras destacam que a distribuição da vulnerabilidade se faz de modo diferente, segundo indivíduos, regiões, grupos sociais, estando ainda relacionada com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional dos sujeitos.

A convergência dos campos da Saúde e da Educação se fez, historicamente, como uma estratégia biopolítica destinada a implementar (e garantir) ações de controle e prevenção de doenças junto ao segmento mais pobre da população. Em princípio, caracterizou-se pela utilização de discursos e de práticas fortemente calcados na idéia de “transmissão” de um “saber” “especializado” para

uma população “leiga”, cujo “saber” não era considerado. Deste modo, o caráter prescritivo-informativo foi a tônica predominante na organização educacional de programas de promoção e/ou educação em saúde, que se desenvolviam em ambientes como a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade.

Ao sinalizar o aspecto de transmissão presente nestas ações de educação em saúde, não pretendemos ignorar o viés positivo e produtivo de tais ações. Conforme esclarece Foucault (2006a) ao se referir às instituições pedagógicas

não vejo onde está o mal na prática de alguém que, em um dado jogo de verdade, sabendo mais do que um outro, lhe diz o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas; o problema é de preferência saber como será possível evitar nestas práticas – nas quais o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo – os efeitos de dominação...(p.284)

Na atualidade, a perspectiva de intercâmbio de saberes já orienta a prática de educação em saúde, considerando o conhecimento popular nas ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Todavia, mesmo neste atual contexto discursivo, os modelos binários de formas tidas como certas ou erradas, boas ou más, favoráveis ou desfavoráveis de viver prevalecem na educação em saúde, com o objetivo de mudar o comportamento individual e/ou de grupos específicos em prol do bem-estar de todos (CANDEIAS, 1997; MEYER e col, 2006).

As ações de educação em saúde no envelhecimento são muito recentes – em torno de dez anos – ficando seus discursos mais circunscritos aos trabalhos da Enfermagem. De acordo com pesquisas de alguns autores, no Brasil os procedimentos identificados como de educação em saúde são principalmente fundamentados em modelos biomédicos de intervenção e análise de riscos, com recomendações para cuidados relativos à capacidade cognitiva das pessoas idosas, suas individualidades, motivações e potencialidades para o cuidado à saúde (CANDEIAS, 1997; KOMATSU, 2003; CARVALHO, 2004a; MENDONÇA, 2004; LISBOA, 2004). Neste contexto, a educação em

saúde ainda é concebida como um processo unilateral, passivo e passível de ser “treinado” e transferido.

Segundo Silva (2001), é possível identificar, basicamente, dois níveis de elaboração em educação em saúde, um primeiro voltado à informação sobre auto-cuidado (educação para a saúde) e um segundo vinculado à ampliação da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos (educação popular em saúde). As ações de “disciplinamento” ou “domesticação” do corpo, através da formação de hábitos, de modos de agir originárias das práticas pedagógico-sanitárias, do início do século passado, constituem também abordagens freqüentes nas intervenções de saúde.

Em síntese, nas ações de promoção da saúde, desenvolvidas por instituições públicas e/ou privadas, voltadas para a população idosa são freqüentes as abordagens informativas e as que visam à formação de “estilos de viver” longevos e, por correspondência, saudáveis. Entretanto, consideramos que mesmo estes discursos contemporâneos sobre a velhice e o envelhecer podem ser analisados como “acontecimentos”, numa perspectiva foucaultiana, cuja função necessita ser considerada conforme nos indica o próprio filósofo:

“trata-se de considerar o discurso como uma série de acontecimentos, de estabelecer e descrever as relações que esses acontecimentos – que podemos chamar de acontecimentos discursivos – mantêm com outros acontecimentos que pertencem ao sistema econômico ou ao campo político, ou as instituições” (FOUCAULT, 2006b p.255-256).

## 2. ASPECTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

### 2.1 ESCLARECENDO ESCOLHAS, SITUANDO A PESQUISA

Antes de tudo, considero importante esclarecer aspectos metodológicos específicos envolvidos neste trabalho, anteriormente sinalizados. Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Lages, região do Planalto Catarinense. No processo de obtenção de dados dois procedimentos foram adotados: 1) a análise documental dos instrumentos que balizam as políticas públicas nacionais de promoção da saúde, como as Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e os seguintes textos das políticas públicas direcionados especificamente para as pessoas idosas: Política Nacional do Idoso (PNI), Plano Viena, Plano Madri, Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Estatuto do Idoso, Estatuto da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa e; 2) um procedimento empírico desenvolvido a partir de entrevistas semi estruturadas realizadas a) com indivíduos que na época atuavam como gestores e profissionais responsáveis por ações de educação, promoção e saúde para a pessoa idosa no município e, b) com pessoas idosas freqüentadoras da ALTERI, associação filantrópica local voltada para atendimento social às pessoas idosas. Além dessas, apenas duas pessoas não freqüentadoras da referida associação foram entrevistadas.

A decisão de trabalhar empiricamente com pessoas idosas vinculadas a uma associação para a “terceira idade” deveu-se a algumas “escolhas” que precisei fazer na qualidade de imigrante, saída de um grande centro urbano e recém moradora no Município de Lages. Primeiramente para o trabalho empírico eu necessitava conhecer geograficamente o município e os modos de vida da população local. Como esta se distribuía nos bairros, na área urbana e rural, no centro e na periferia, como se dava a separação de bairros por nível sócio econômico. Além disso, eu precisava conhecer e me adaptar aos

hábitos, costumes, características climáticas da região, as rotinas de vida, vocabulário local, dentre outras coisas.

Para os regionais, o meu sotaque denunciava imediatamente minha “origem”. No município, o critério de “identificação” mais comum é o sobrenome das pessoas que permite situá-las pelo regime de parentesco com alguém. O fato de eu ser do Rio de Janeiro chamava muita atenção, frequentemente era questionada sobre o que “uma pessoa do Rio” tinha ido fazer em Lages. Em seguida, era comum perguntarem sobre minha adaptação ao clima da região; como eu estava suportando o frio e surgiam as “dicas” do que eu poderia fazer para minorar a baixa sensação térmica. Suportar as baixas temperaturas de inverno é um “orgulho” lageano, representado no dizer “lageano não tem pele tem couro”.

Cheguei a Lages no mês de julho, em pleno inverno e, para alguém saído do Rio de Janeiro o inverno da serra catarinense se transforma em um fator crítico para adaptação, principalmente quando consideramos que a cidade só possui sistema de calefação nas agências bancárias e no principal supermercado. As temperaturas médias diárias, naquela época, giravam em torno de 3 graus positivos chegando a 4 negativos acompanhados de vento constante e chuvas finas que faziam com que a sensação térmica baixasse para menos “muitos graus”. A estratégia local para aquecimento são os fogões a lenha, instalados na maioria das casas e, nos apartamentos, os aquecedores se transformam em artefato de primeira necessidade. A rotina de funcionamento da cidade flui de forma bem diferente daqueles praticados nas grandes metrópoles. Os horários de almoço são cumpridos rigidamente, das 12h às 13:30h, inclusive nos restaurantes que não aceitam mais a entrada de clientes após o horário das 13h. Assim, excetuando-se bancos e farmácias todo o comércio local fecha para almoço e os trabalhadores, em geral, almoçam em suas residências, retornando as suas atividades profissionais após a sesta. Tais fatores promovem uma melhor organização na vida social além de produzir um ritmo de vida menos estressante e frenético, quando

comparado a cidades do porte do Rio de Janeiro. Devido a isso, algumas vezes precisei retornar do centro da cidade ou demorava a lembrar o porquê de algum órgão público não estar atendendo a chamada telefônica. Essas eram algumas questões que eu precisava aprender a administrar.

Outra circunstância é a convivência social com as pessoas do local. Comparado ao modo “carioca” de se relacionar, o povo “lageano” é mais contido, pouco efusivo ou caloroso em seus contatos sociais. Não é muito fácil entabular uma conversa longa com as pessoas casualmente. O lageano utiliza frases mais curtas nas conversas informais e os termos coloquiais constituíram outro desafio para mim, como nos exemplos a seguir: “piá” que se refere especificamente a menino pequeno, criança; “avil” significa isqueiro; “penal” é estojo para guardar lápis e canetas; “encarangado” significa uma pessoa encolhida de frio; “desacorçoado” refere-se a alguém lento ou perdido, “fora da casa” ou “fora do lote” significa alguém que perdeu o juízo; também é comum juntar as palavras como: “mazoquiera” ou “porquiera” ao questionar sobre algo. Ainda no âmbito das peculiaridades locais, precisei me adaptar ao fato de que os valores dos objetos são ditos de modo diferente dos praticados no Rio; como exemplo cito a confusão que fiz ao realizar uma compra e, ao perguntar o preço a pagar obtive como resposta 20 com 14. Ao que questionei, então custa 34? A comerciante me olhou intrigada e respondeu: não senhora, 20 com 14. Novamente respondi: 20 com 14 soma 34 e a comerciante riu e disse não, 20 com 14 centavos.

Um fator determinante para esse trabalho também era o tempo que ainda me restava para realizar a pesquisa atendendo ao cronograma do projeto inicial. Era necessário que eu iniciasse sem muita demora a parte empírica da mesma, mas antes precisava vencer dois obstáculos: 1) descobrir como chegar até a população idosa local e 2) conseguir a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) onde submeti meu projeto. Para o primeiro obstáculo contei com a importante ajuda de meu marido que atuou como “ponte” de acesso às

peessoas que poderiam me auxiliar nesse processo. Como pesquisador de uma universidade comunitária local, ele me informou que haveria uma reunião do Conselho Municipal do Idoso (COMID) na referida universidade e que havia conseguido me inscrever, na qualidade de “ouvinte”. Nessa ocasião pude ser apresentada à Presidente da Associação Lageana para a Terceira Idade (ALTERI) e consegui agendar com a mesma uma visita à sede da Instituição.

Naquela visita pude conhecer o espaço físico onde se localiza a ALTERI e ser informada sobre as ações ali realizadas. A associação está localizada num bairro periférico, de nível sócio-econômico baixo, denominado Várzea cuja rua não possui calçamento e o bairro não possui sistema de saneamento básico. Sua estrutura física é similar a de uma casa plana, sem escadas internas ou externas, dividida em oito cômodos: salão de reuniões, escritório, cozinha, banheiros masculino e feminino, salão de beleza, malharia, salão para depósito de doações e organização de materiais.

Interessou-me o fato de a associação ter como membros pessoas idosas de nível sócio econômico variando de baixo a médio, residentes em quase todos os bairros do município, excetuando-se apenas os bairros da área rural. Deste modo, supus que através dessa entidade não só seria possível estar em contato com um número significativo de idosos(as), mas também desenvolver estratégias para acessar e, conseqüentemente entrevistar, pessoas idosas não vinculadas à referida entidade.

Obter o parecer do CEP autorizando o início das entrevistas demandou um tempo maior do que o prazo estabelecido de 30 dias pelo CONEP, pois o órgão encontrava-se com acúmulo de projetos a julgar e trabalhando com o número mínimo de pareceristas. Assim, o tempo para campo tornou-se menor o que reduzia minhas possibilidades de buscar saídas diante dos empecilhos encontrados.

Para acessar pessoas idosas não freqüentadoras da associação acompanhei a Presidente da ALTERI em visitas que ela promove a idosos(as) de nível sócio econômico baixo, restritos ao leito



e impossibilitados de sair de casa. Nessas ocasiões ela distribui fraldas geriátricas e cestas básicas. Como em sua maioria essas pessoas idosas eram analfabetas, cuidadas por familiares também de pouca instrução que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – pré-requisito bioético para o desenvolvimento desta pesquisa, não as incluí como respondentes.

Como alternativa para contatar pessoas idosas não freqüentadoras da ALTERI que, em nosso entendimento teriam muito a contribuir para os objetivos deste trabalho, optei por ir às Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na área mais periférica e menos assistida por ações públicas municipais e a Postos de Saúde. Como estratégia eu chegava de manhã e ficava na recepção da UBS ou do Posto esperando que alguma pessoa idosa chegasse para abordá-la, explicar os objetivos do trabalho e efetuar o convite para participar. Neste processo, apenas duas pessoas idosas contatadas nesses locais concordaram em participar desta pesquisa.

Assim, os discursos de pessoas idosas ao qual nos referimos neste estudo não fazem referência aos idosos(as) lagueanos residentes na área rural (e vale destacar que eles(as) constituem um número significativo da população), nem tampouco àqueles não freqüentadores de associações ou grupos específicos. O lugar de fala das pessoas idosas identificadas neste estudo é constituído de sujeitos freqüentadores de uma Associação local cujo trabalho está diretamente voltado para a categoria social “idosa”.

Possivelmente nossas discussões teriam sido desenvolvidas em outros níveis caso tivéssemos tido condições de entrevistar outras pessoas idosas, residentes em área urbana ou rural do município mas que não tivessem sido ainda subjetivadas a partir dos discursos que circulam nas associações de classe.

## 2.2 PRESSUPOSTO TEÓRICO: O PENSAMENTO DE FOUCAULT

A produção foucaultiana não circunscrita a uma única área do saber transita por campos diversos como a filosofia, a história, a sociologia, a medicina, o direito, a literatura, a política, dentre outros, objetivando entender os diferentes caminhos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos elaboram um saber sobre eles mesmos, se constituem, ou melhor dizendo, tornam-se “sujeitos”<sup>3</sup>.

A noção de sujeito, em Foucault, se opõe à lógica filosófica cartesiana da Modernidade, a-histórica, que entende o sujeito como uma “entidade natural” e, portanto, “pré-existente ao mundo social, político, cultural e econômico”. Para o filósofo, o sujeito é pensado enquanto produto de múltiplas relações horizontais de poder-saber, subjetivado nas instituições fechadas como escola, família, convento, hospital, exército, fábrica, caracterizando-o como um sujeito assujeitado e disciplinado, como uma “invenção” da modernidade (VEIGA-NETO, 2005).

Deste modo, toda e qualquer analítica do sujeito deverá antes considerar

“as muitas práticas discursivas e não discursivas, os variados saberes, que, uma vez descritos e problematizados, poderão revelar quem é esse sujeito, como ele chegou a ser o que dizemos que ele é e como se engendrou historicamente tudo isso que dizemos dele” (ibid, p.138).

---

<sup>3</sup> Conforme expressado pelo próprio Foucault no artigo “O Sujeito e o Poder”, publicado por Rabinow e Dreyfus: “Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo do meu trabalho nos últimos vinte anos. Não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos. (...) Assim, não é o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral de minha pesquisa. É verdade que me envolvi bastante com a questão do poder (...). Era necessário estender as dimensões de uma definição de poder se quiséssemos usá-la ao estudar a objetivação do sujeito. Será preciso uma teoria do poder? Uma vez que uma teoria assume uma objetivação prévia, ela não pode ser afirmada como uma base para um trabalho analítico. Porém, este trabalho analítico não pode proceder sem uma conceituação dos problemas tratados, conceituação esta que implica um pensamento crítico – uma verificação constante”. “Foucault 1995: 231-232.”

Seguindo assim na esteira da perspectiva foucaultiana dos processos de subjetivação do sujeito, considero as relações de poder-saber instituídas na gestão ou gerenciamento da vida. Nesse sentido, o Estado é entendido como uma nova política de poder, desenvolvida de modo contínuo desde o século XVI, cuja estrutura política utiliza uma combinação de técnicas de individualização e de totalização para o governo dos outros. A esta nova forma política, que atinge a população e passa a constituir uma “tecnologia de poder”, Foucault (2008b) denomina “biopolítica da espécie humana”, que, ao contrário do poder soberano que “deixava viver” ou “fazia morrer” seus súditos, trata de “fazer viver” ou “deixar morrer”.

Os primeiros “objetos de saber” e os primeiros alvos de controle, dessa biopolítica, foram o mapeamento dos fenômenos de controle demográfico que indicavam a força produtiva da sociedade. Assim, a natalidade, a mortalidade, a longevidade, por exemplo, passaram a ser passíveis de intervenção e controle político; em seguida a morbidade, no que se refere às doenças analisadas como elementos importantes na economia de governo dos outros, na medida em que podiam reduzir a força de trabalho dos sujeitos, diminuindo seu tempo de “sujeito útil” e/ou provocando custos econômicos – fosse por produção não realizada ou por despesas com tratamento (ibid, 2008).

Assim, para o filósofo, essa nova forma de poder que é, ao mesmo tempo, individualizante e totalizante vem instituindo novos mecanismos de regulação da população, refinando as técnicas de sua gestão. Essa estrutura de poder-saber neoliberal administra a subjetividade dos sujeitos como sujeitos ativos, autores de suas próprias satisfações, responsáveis pelo seu próprio bem estar e capazes de fazer escolhas positivas de vida.

Nessa perspectiva, identificar as estratégias discursivas do Estado, mais ou menos explícitas, destinadas a implementar noções de controle – incluídas aí as ações educativas sobre estilo de vida saudável – dirigidas a população idosa torna-se fundamental para este trabalho.

Lembramos ainda que o filósofo diz ser necessário identificar quem fala, sobre o que e de qual lugar fala, ou seja, identificar, a partir do conjunto de todos os indivíduos que falam, quem está autorizado a proferir aquele dado discurso? Qual seu lugar institucional? De onde o sujeito obtém seu discurso? Que posições de sujeito ocupa na rede de informações, seja no campo dos domínios teóricos, seja no campo dos domínios institucionais?

### 2.3 DE ONDE SE FALA

Os discursos analisados nesse trabalho foram proferidos no Município de Lages, região serrana catarinense. A região conhecida como Campos de Lages começou a ser desbravada no século XVI por viajantes europeus, bandeirantes paulistas e jesuítas. Funcionava como campo de descanso e internada para as tropas que faziam a rota de campos uruguaios ou rio-grandenses para vender gado bovino na Feira de Sorocaba em São Paulo. O comércio de rebanhos de gado bovino e eqüinos estabelecido por gaúchos, paulistas e mineiros colaborou com o povoamento da região.

Atraídos pela facilidade de conseguir vastas extensões de terras, vários tropeiros foram se estabelecendo na região, tornando-se fazendeiros. Em 1766, um tropeiro de descendência portuguesa, chamado Antonio Correa Pinto de Macedo, funda o povoado das “Lajens”. Os tropeiros primitivos residentes no povoado eram na sua maioria constituídos de portugueses e açorianos. Estes trouxeram consigo os escravos e caboclos que junto deles trabalhavam (PEIXER, 2002).

Em 1771, o povoado passa a ser designado por Vila Nossa Senhora dos Prazeres das Lages. A fundação de Lages possibilitou a Corte portuguesa montar um ponto estratégico de resistência a possíveis tentativas de invasão do território pelos espanhóis, garantindo as fronteiras ameaçadas. Para os estancieiros foi uma grande oportunidade de enriquecimento. Segundo Peixer (2002), em todo o Planalto Catarinense o latifúndio caracterizou a ocupação

territorial, desde o século XVIII até a primeira década do século XX. Em 1820, a vila é desanexada da província de São Paulo e passa a fazer parte de Santa Catarina. Em 25 de maio de 1860 é elevada à categoria de cidade. Após esse período, a imigração de colonos italianos nos Campos de Lages, provenientes do Planalto rio-grandense, inicia o desbravamento da Mata de Araucária, e a exploração da madeira, instalando as primeiras serrarias. Economicamente Lages se desenvolveu pela pecuária e em seguida pelo extrativismo madeireiro, que teve seu ciclo mais intenso entre as décadas de 50 e 60, sendo responsável pela alteração da paisagem local, com destruição da mata nativa e florestas de araucária.

O Município de Lages é conhecido como “município-mãe” ou “cidade-polo” da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, tendo sido anteriormente também conhecida como a capital nacional do turismo rural. A Região Serrana é composta por dezoito municípios organizados na Associação dos Municípios da Região Serrana – AMURES. Destes, Lages possui a maior extensão territorial (2.651,4 km<sup>2</sup>) e a menor densidade demográfica regional (59,0h/km<sup>2</sup>) e IDH de 0,813 (Prefeitura Municipal, 2008, IBGE, 2000).

Segundo dados da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente (SC), em 2001, Lages era o único município da AMURES que possuía um Índice de Desenvolvimento Social (IDS) cujo nível de eficiência estava classificado como médio alto. Para se estabelecer o IDS são utilizados parâmetros como escolaridade, acesso a assistência saúde e saneamento básico. Este último se destaca como um dos principais problemas locais. Na região da AMURES somente 2 municípios têm uma condição satisfatória de abastecimento de água e os demais apresentam uma situação deficiente. Nenhum município possui rede coletora de esgoto, excetuando-se Lages, cujas redes atendem apenas 13% da sua população urbana e não chega à área rural. O restante dos dejetos domésticos, industriais e hospitalares são lançados a céu aberto, provocando a contaminação das nascentes e outros danos ambientais. Além disso, todos os municípios adotam um

“lixão” como destino final do lixo produzido no município, considerada na atualidade uma condição inadequada de solução. O índice de analfabetismo entre eleitores com 16 anos de idade ou mais, apresenta-se, na região, com valores 155% mais elevados que o índice estadual (Universidade do Planalto Catarinense, 2007) O clima no município é subtropical, com temperaturas médias de 14,3°. No inverno a temperatura pode chegar a 4° negativos. Os meses de maior calor vão de dezembro a março com temperaturas que podem atingir 35°. Segundo dados divulgados através do “site” oficial da Prefeitura Municipal (2008), Lages possui uma população de 165.068 habitantes, estando 152.880 habitantes localizados na área urbana e 12.188 habitantes na área rural. Dados da Coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF) confirmam que existem 13.506 idosos cadastrados nas unidades básicas de serviço de saúde, e a Coordenação de Vigilância Epidemiológica registrou 17.000 pessoas idosas atendidas durante a campanha de vacinação contra a influenza. Estas informações permitem inferir a existência de 10% da população com idade superior a 60 anos de idade. Em 2000, a população do município representava 2,94% da população do Estado de Santa Catarina e 0,09% da população do País (UNIPLAC, 2007).

Na atualidade, a população do município é composta predominantemente de descendentes de italianos, portugueses, espanhóis e caboclos que colonizaram a região a partir de uma economia pecuária, agrícola e extrativista madeireira. Segundo dados do IBGE (2000), o município possui um índice significativo de pessoas adultas (acima de 25 anos) analfabetas 8,4% e essa taxa sobe para 23,5% de pessoas que possuem um nível educacional de menos de quatro anos de estudo e para 57,5% com menos de oito anos de estudo. Tal fato é em parte explicado pelo significativo número de pessoas vivendo em áreas rurais (12.188 habitantes), com acesso dificultado às redes de ensino público e em parte a falta de motivação dessa população, que vive de uma economia agrícola, em freqüentar o sistema educacional de ensino.

O sistema de saúde pública da região possui atualmente 28 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF/ESF) e seis equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que prestam atendimento a 68 bairros da cidade e, destas equipes, duas também atendem a comunidade rural, conforme informação da Coordenação de Programa de Saúde da Família.

Segundo dados do IBGE Cidades (2005), Lages possui ao todo 90 estabelecimentos de saúde, sendo 31 mantidos pelo município, três públicos estaduais e um federal e 55 deles mantidos por órgãos privados. Destes, apenas um estabelecimento de saúde geral público oferece internação e dois estabelecimentos privados oferecem internação através de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao número de leitos disponíveis, o IBGE acusa a existência de um total de 582 leitos. Destes, a saúde pública detém 205 leitos, sendo todos pertencentes à rede pública estadual. Não há nenhum leito disponibilizado pelo serviço de saúde municipal ou federal. Nos estabelecimentos de saúde privado conveniado ao SUS existem 345 leitos disponíveis. Estes dados colocam a questão da saúde pública no município em situação bastante precária para os chamados grupos “frágeis” ou “vulneráveis” de pessoas como idosos(as) e crianças.

Importante destacar que na cidade existem apenas dois profissionais médicos com especialização na área da geriatria e ambos não prestam atendimento no serviço público. E, o único programa municipal, específico para a população idosa designado “Envelhecer Saudável”, é promovido pela diretoria de Terceira Idade da Secretaria de Bem Estar Social, com ações voltadas ao âmbito social, do lazer e atividades físicas.

Deste modo, o atendimento público de saúde carece de profissionais especializados para o atendimento à população idosa e, para a Coordenadoria Municipal de Estratégia de Saúde da Família a alta rotatividade médica nos postos e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são um complicador para a implementação de políticas públicas de saúde. Os médicos ficam em média um ano nas UBS e, em geral,

são jovens recém formados, com pouquíssima experiência profissional., Além disso, permanecem nos postos apenas o tempo necessário para obter um mínimo de experiência e prestar concurso para outras localidades que oferecem melhores salários.

### **2.3.1 Lages no “olhar” estrangeiro da pesquisadora**

Sendo geograficamente constituída por relevo ondulado, a cidade possui pequenos morretes, com algumas áreas descampadas o que permite uma visão de amplitude e sensação de tranquilidade, associado ao ar puro e fresco. O município é pródigo em belezas naturais e com preservação de campos e alguns bosques de araucária. Devido a isto, os mais variados cantos de pássaros são ouvidos durante o amanhecer e o entardecer na cidade. As ruas são limpas, com jardins de flores dos mais variados matizes ornamentando as calçadas e divisórias de pistas. Ainda são encontradas várias casas sem muros, apenas com gramados e jardins delimitando os terrenos. Até mesmo em bairros centrais é possível observar a existência de criação de casais de ovelhas ou de gado nos quintais das casas.

Por ser, demograficamente, uma região considerada de médio porte, a cidade ainda não possui as características naturalizadas nos grandes centros urbanos, como a não existência de horários específicos para as refeições ou os engarrafamentos. A cidade possui apenas uma empresa de transporte coletivo responsável por atender a todos os bairros. Os ônibus circulam em horários regulares, cumpridos em intervalos de uma hora iniciado às 5 horas e encerrado às 23h; durante a madrugada não há transporte público na cidade. Este fator é importante de ser observado, pois possui um dado positivo e uma dificuldade. O lado positivo é que a regularidade de horários para passagem dos ônibus permite que a população se organize e não perca tempo em pontos de ônibus. Entretanto, para o grande número de lageanos que reside em bairros da periferia ou na área rural, onde não há posto assistencial de saúde ou escolas próximas, o morador não possui outro recurso para deslocamento após as 23 horas, na medida



em que em tais áreas não estão disponibilizados sequer pontos de taxi. Em situações emergenciais o deslocamento desses moradores para um hospital público ou Posto de Saúde fica comprometido. O serviço público de saúde possui quatro ambulâncias para atender as necessidades de toda a população, número ainda insuficiente para a demanda, mantendo precário esse tipo de assistência de saúde municipal.

Lages, como cidade pólo da região, concentra três instituições de ensino superior, o Centro Agro-veterinário (CAV) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), de caráter comunitário não-confessional e uma faculdade privada, FACVEST. Este fator possibilita um grande fluxo de jovens universitários vindos tanto dos municípios vizinhos como também de outros Estados como Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo. Quanto às oportunidades de lazer, a cidade possui duas pequenas salas de cinema, com capacidade média de 100 pessoas cada, um teatro e um centro esportivo. Dois prédios, localizados no centro da cidade, são identificados como “shoppings”. Um possui característica de uma galeria, pois faz a ligação entre duas importantes ruas do centro da cidade e possui uma escada rolante que permite acesso às salas de cinema e três pequenos locais para lanches; no piso superior; o segundo possui lojas comerciais na parte térrea e no subsolo e salas comerciais nos andares superiores ocupadas por profissionais liberais. É comum a reunião de jovens na entrada do principal supermercado da cidade que possui um espaço amplo similar a uma praça de alimentação na sua entrada, onde também se localiza uma conhecida rede de lanchonete e um restaurante tipo *self service* que funciona apenas para almoço.

O grande evento da cidade é a Festa Nacional do Pinhão, considerada a maior festa tradicionalista de Santa Catarina, que ocorre entre os meses de maio e junho, com duração de 10 dias. A Festa Nacional do Pinhão hoje, além de destacar a época de colheita do pinhão, reafirma a força do tradicionalismo cultural em Lages com

apresentação de grupos musicais, barracas com comida regional onde o pinhão destaca-se como prato principal e traz ainda desfile e leilão de gado onde os produtores do segmento de agronegócios regionais realizam acordos e negócios nacionais e internacionais.

Se a “estrangeira” puder utilizar uma expressão para caracterizar o povo lageano, diria que este é orgulhoso de suas tradições, fazendo questão de mantê-las. Esta característica talvez nos possibilite inferir sobre dificuldades na adesão a programas no âmbito da saúde que requeiram alteração nas práticas de vida cotidiana, principalmente se estas ações estiverem voltadas ao segmento de pessoas idosas.

## 2.4 OBTENDO DADOS

Utilizamos para a coleta de dados entrevistas semi estruturadas, instrumento tido como o mais frequentemente empregado nas pesquisas voltadas para a atenção à saúde. A entrevista, mais do que uma seqüência de perguntas, ou um bate-papo informal é um processo dinâmico e ativo, cujo interesse na produção de sentidos deve ser retro alimentado, tanto pelo entrevistador, como pelo entrevistado. Pope e Mays (2005) criticam a visão conservadora tradicional onde o entrevistado (passivo) é visto como um recipiente de respostas a serviço de um inquiridor (pesquisador ativo).

Deste modo, para a realização das entrevistas alguns critérios foram levados em consideração como: adequação da linguagem ao nível de escolaridade dos entrevistados; interatividade, flexibilidade de acomodação de tempo e horário, adequação ao ritmo de fala dos(as) entrevistados(as) e incentivo para que os mesmos prosseguissem com sua fala, demonstrando atenção e interesse ao que estava sendo comunicado.

Nesse estudo foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com os (as) idosos (as) e as pessoas que atuavam na época, como gestores e profissionais responsáveis por ações de educação, promoção e saúde para a pessoa idosa em Lages. Após o delineamento

do perfil sócio-demográfico dos (as) informantes idosos(as) (dados sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade; moradia e dados familiares englobando a composição familiar e acesso a sistema de saúde), de forma geral buscamos identificar a concepção que possuíam sobre o tema saúde, atendimentos e programas oferecidos pelo município e práticas de ações saudáveis de educação/promoção de saúde. A partir da análise das respostas evidenciamos os significados que os (as) entrevistados(as) estão constituindo sobre sua saúde e as ofertas, escolhas, adesão ou não a programas e ações de promoção de saúde, fatores que consideramos capazes de auxiliar em uma reflexão sobre as ações de educação em saúde para as pessoas idosas no município. O “Roteiro de Entrevista” (Anexo1) utilizado constou de nove questões abordando os temas de interesse e relevância para a pesquisa, contudo a construção frasal foi alterada, quando necessário, a fim de contemplar o repertório lingüístico do (a) entrevistado (a). A parte documental deste trabalho foi realizada através de cuidadosa leitura dos textos, obtidos através de *sites* oficiais do governo, relativos aos seguintes documentos: Política Nacional do idoso; Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, Plano Viena, Plano Madri, Política Nacional de Saúde do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Estatuto do Idoso e Estatuto da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

#### **2.4.1 A ALTERI**

A Associação Lageana para a Terceira Idade ALTERI contava na época da pesquisa com 1200 associados, o que representava aproximadamente 7,5% da população idosa da cidade, provenientes de 28 bairros e três instituições asilares. A entidade atende em seu centro de convivência e nos bairros, indivíduos idosos(as) sem restrição.

Segundo sua presidente, a ALTERI incentiva a formação de grupos organizados de idosos nos diversos bairros da cidade, promove palestras informativas em sua sede, além de visitas domiciliares. Para discutir as questões referentes aos interesses dos (as) idosos (as) de

cada bairro, patrocina um lanche durante as reuniões mensais e promove semanalmente encontros, previamente agendados de forma a contemplar todos os bairros, por grupo de quatro. Deste modo, cada grupo de bairros, uma vez ao mês, tem reunião na sede da ALTERI, quando ocorrem atividades físicas e recreativas como alongamento, dança, bingo e lanche coletivo. Em datas festivas, a associação promove reuniões comemorativas, como festa junina, eleição de “idoso e idosa mais bonitos”, canto coral, encenações teatrais, festa de natal, dentre outras. As reuniões diárias no centro de convivência são acompanhadas por uma profissional de Educação Física contratada e uma assistente social.

#### **2.4.2 As entrevistas na ALTERI**

Devido à demora na emissão do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o início das entrevistas na associação sofreu atraso. Como as reuniões da ALTERI funcionam a partir de um calendário pré-estabelecido que distribui os encontros dos(as) idosos(as) de quatro em quatro grupos, por reunião, possibilitando assim a participação de todos os bairros; alguns bairros já haviam tido suas respectivas reuniões na sede da associação no início de junho e no mês de julho são dadas férias aos grupos. Deste modo ficamos impossibilitados de convidar, para a entrevista, participantes de grupos dos bairros cuja reunião já havia ocorrido. Ainda foi tentado, através de contato telefônico, marcar encontro com as coordenadoras dos respectivos grupos e entrevistar os(as) idosos(as) nas reuniões que ocorrem nos próprios bairros, contudo as datas não eram compatíveis. A opção tomada foi de realizar o convite para as entrevistas na sede com os grupos que ainda iriam se encontrar.

Segundo o calendário da ALTERI, oito bairros ainda iriam realizar encontros na sede e isso me permitiria, em tese, entrevistar pessoas de segmentos sócio-econômicos diferenciados. Contudo, o que ficou evidenciado nas entrevistas é que as pessoas idosas freqüentam grupos que não necessariamente correspondem a seus bairros de

origem. Assim sendo, as entrevistas ocorreram com grupos de oito bairros, contudo os respondentes não necessariamente eram residentes nos mesmos. Devido a este fator os entrevistados foram identificados por bairro de residência. Nos bairros mais periféricos há uma maior concentração de moradores de baixa renda.

As entrevistas realizadas na associação ocorreram numa sala contígua ao salão de reuniões da sede da ALTERI antes do início das atividades da tarde.

Os grupos se reúnem sempre às 14 horas na sede. O ônibus da instituição vai até os bairros e traz os grupos. Uma van também auxilia nesta tarefa indo buscar os participantes que residem em asilos. Quando todos os integrantes dos grupos do dia estão presentes, a reunião começa sob o comando de uma profissional de Educação Física, com especialização em Gerontologia, que inicia com os(as) idosos(as) atividade de alongamento. Em seguida é colocada música ou algum músico toca canções regionais para que os presentes dance. Em geral, os (as) participantes gostam bastante desse momento dançante. Alguns apenas observam e não participam. Esta atividade dura em média uma hora e meia. Em seguida é oferecido um lanche aos participantes e logo depois tem início o bingo. Dentre as prendas ofertadas aos ganhadores incluem-se os pães e a sopa que porventura tenham sobrado do lanche, devidamente acondicionados em saco plásticos e vidros de conserva aproveitados para a finalidade. Às 17 horas encerram-se as atividades e o ônibus e a van levam os/as participantes de volta.

Nesta rotina, antes da atividade do alongamento eu me apresentava, para os que não me conheciam, explicava a pesquisa que estava realizando e solicitava voluntários para as entrevistas. Apesar de a frequência feminina ser preponderante, sempre havia a presença de homens nos grupos, entretanto apenas quatro deles se dispuseram a participar. Alguns se esquivaram dizendo que “não gostavam de falar” e que as mulheres “explicavam melhor as coisas”.

## 2.5 QUEM FALA? OS SUJEITOS DA PESQUISA

### 2.5.1 As Pessoas Idosas

Foram entrevistadas 14 pessoas idosas freqüentadoras da Associação Lageana da Terceira Idade (ALTERI) e duas pessoas idosas freqüentadoras de uma UBS que atende a um bairro da periferia. Deste total, quatro (25%) eram homens e doze (75%) mulheres. Exceto três, todos os outros entrevistados residem em moradia própria. Apenas um entrevistado referiu a sua cor como sendo “morena clara”, fato interessante de ser observado, pois mesmo aqueles que apresentavam cor de pele morena se auto-referiam como brancos. Creio que devido a um notável preconceito étnico presente de forma mais acentuada no município, os sujeitos se autodenominam “brancos”, mesmo quando a pele é de cor morena e os cabelos encaracolados. Entre outras explicações de cunho sociológico e psicológico, este fato provavelmente se relaciona à discriminação e perseguição ocorrida no período colonial, aos chamados “bugres”, que eram descendentes de negros e índios, tidos como não afeitos à lida na terra ou preguiçosos, sendo expulsos das áreas ocupadas pelas grandes fazendas. Com o advento da república e a vinda dos imigrantes europeus para o município o grupo populacional caboclo e mestiço, que estava fincado mais em áreas interioranas e habituados ao trabalho no campo, foi mantido discriminado e afastado (PEIXER, 2002).

Foram entrevistados sujeitos advindos de oito bairros, conforme quadro abaixo (Quadro 1), de faixa etária entre 60e 80 anos, incluindo uma mulher de 56 anos que pediu para participar “visto que era integrante de um dos grupos há algum tempo” e “se sentia pertencente à chamada terceira idade” (sic). Quanto à escolaridade, 10 dos/as entrevistados/as possuíam o 1º grau incompleto, entre três e cinco anos de estudo; duas pessoas informaram possuir o ensino fundamental completo; três entrevistados(as) informaram possuir o ensino médio incompleto, em torno de nove anos de estudo, e um entrevistado informou possuir graduação (três cursos) e pós-graduação

nível *Lato Sensu*. Todos os homens entrevistados eram casados; entre as mulheres, sete eram viúvas, duas separadas e três casadas.

Metade do grupo entrevistado, oito pessoas, possui algum plano de saúde privado e a outra metade depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Quanto à auto-percepção da saúde, 10 deles (as), dizem possuir uma saúde regular, por apresentar algum tipo de patologia crônica. Um total de cinco pessoas refere ter boa saúde, o que é justificado por não sentirem dor, e um dos(as) entrevistados(as) informa ter uma saúde ruim, pois precisou parar de trabalhar ao apresentar doença cardíaca. Ao serem questionados sobre a que atribuíam tal estado de saúde o fator relativo à existência ou não de alguma patologia foi determinante para a resposta dada. Quanto mais grave o sujeito percebia a patologia que o acometia, pior ele percebia seu estado de saúde geral. O critério dado aos participantes para identificar sua própria saúde como sendo bom, regular ou ruim, foi estabelecido pela pesquisadora como forma de melhor estabelecer parâmetros de correlações, posto que em seguida era perguntado ao entrevistado(a) o porquê daquela concepção.

**Quadro 1** - Perfil sócio-econômico-demográfico dos idosos entrevistados.

	Sexo	Idade	Bairro	Escolaridade	Estado Civil	Renda	Plano Saúde	Saúde
1	F	72	Copacabana	1ºg.i.	Viúva	Pensão	S	Reg.
2	F	73	Copacabana	1ºg.i.	Viúva	Pensão	N	Bom
3	F	60	Copacabana	1ºg.i.	Separada	Pensão	N	Bom
4	F	66	Popular	1ºg.i.	Casada	aposent	N	Reg.
5	M	69	Sag.Coração	1ºg.i.	Casado	aposent	S	Reg.
6	M	68	Sag.Coração	pós-g.	Casado	aposent	S	Bom
7	M	67	Sag.Coração	1ºg.i.	Casado	aposent	N	Ruim
8	F	65	St Rita	2ºg.i.	Viúva	Pensão	S	Bom
9	F	62	Sag.Coração	2ºg.i.	Casada	aposent	S	Reg.
10	M	76	Sag.Coração	1ºg.i.	Casado	aposent	S	Bom
11	F	67	Coral	1ºg.i.	Viúva	Pensão	N	Reg.
12	F	67	Copacabana	1ºg	Separada	aposent	S	Reg.
13	F	56	Petrópolis	2ºg.i.	Casada	aposent	S	Reg.
14	F	80	Tributo	1ºg	Viúva	pen+sal	N	Reg.
15	F	78	Tributo	1º g.	Viúva	Pensão	N	Reg.
16	F	70	Popular	1º g.	Viúva	Pensão	N	Reg.

Nota:g.i.(grau incompleto);g(grau); pós-g. (pós-graduação);pen+sal (pensão e salário).

### **2.5.2 Os gestores e profissionais municipais**

Nesse estudo, os gestores e profissionais responsáveis pelas ações públicas municipais de promoção da saúde – Secretário (a) de Saúde, Diretora da Terceira Idade da Secretaria de Bem Estar Social, Coordenadora do Programa de Estratégia de Saúde da Família, Gerente da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, Secretário de Esportes e Coordenadores dos Grupos de Terceira Idade --assim como os profissionais diretamente envolvidos no atendimento à pessoa idosa – como os Agentes Comunitários de Saúde – foram considerados sujeitos que representam os “discursos oficiais”.

O Secretário de Saúde municipal assumiu o cargo no ano de 2008 a convite do atual prefeito do município. Possui formação em Administração e cursa Pós-Graduação em Administração de Empresas na UNIPLAC. A Diretora da Terceira Idade da Secretaria de Bem Estar Social possui formação em Administração de Empresas e Pedagogia e pós-graduação na área de Recursos Humanos. Participou de um curso para “Cuidadores de Casas Asilares”, oferecido pela UNIPLAC em 2007. Foi convidada a ocupar o cargo pela Secretária de Assistência Social, tendo assumido em Março de 2007. É conselheira e também coordena a Comissão de Monitoramento do Conselho Municipal do Idoso (COMID). Diz-se “leiga nas ações do idoso”, reestruturou a diretoria e o programa. Conta com uma equipe formada por uma Assistente Social, uma Psicóloga, três professores de Educação Física, cinco monitoras de artesanato e uma assistente administrativa. Da sua equipe profissional apenas uma das professoras de educação física possui curso de especialização em Gerontologia

A Coordenadora do Programa de Saúde da Família possui graduação em Enfermagem.

O Superintendente de Esportes da Fundação Municipal trabalhava anteriormente em área técnica (gerência de banco). É



natural de Florianópolis e veio ocupar o cargo a convite do atual Prefeito de Lages.

A Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do município possui graduação em Enfermagem. Coordena as campanhas públicas de saúde, como a de vacinação contra a influenza para idosos.

A Presidente da Associação Lageana da Terceira Idade, vem sendo reeleita há 16 anos para o cargo. Importante figura na sociedade Lageana, diz que sua vida é “lutar pela causa dos idosos”.

A Coordenadora da Associação Lageana da Terceira Idade é musicista e professora da UNIPLAC e atua também como regente do coral da ALTERI.

A Assistente Social da Associação Lageana da Terceira Idade, jovem recém formada em Serviço Social pela UNIPLAC, foi contratada em junho de 2008 devido à exigência legal determinada para a Associação. Não possuía experiência anterior com pessoas idosas. Trabalha também como técnica de enfermagem em hospital municipal.

As três Agentes Comunitárias entrevistadas atuam em uma Unidade Básica de Saúde, possuem curso técnico de enfermagem e estão lotadas na UBS há 1 ano. Uma delas referiu “adorar” trabalhar com os “velhinhos” e as outras duas disseram ser “muito difícil trabalhar com idosos” porque os mesmos possuem “muitas dificuldades de compreensão”.

Importante esclarecer que as UBS no município diferenciam-se dos Postos de Saúde por não apresentarem em seu quadro de funcionários o profissional médico(a). As UBS atuam apenas com três Técnicos de Enfermagem sob a coordenação de um(a) Enfermeiro(a). Existem quatro UBS no município, todas localizadas na parte periférica e uma atende a área rural da cidade.

## 2.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão adotado para este estudo foi de idosos (as), não portadores de afecção mental que pudesse impedi-los (as) de

expressar suas opiniões coerentemente. Foram excluídas as pessoas idosas institucionalizadas. Quanto às autoridades municipais, o critério de exclusão utilizado foi o de não trabalhar em área cujo serviço não incluísse a pessoa idosa.

## 2.7 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A questão bioética é aspecto fundamental nas pesquisas sociais. É importante a observação das premissas básicas preconizadas pela Resolução 196/96, do Comitê de Ética em Pesquisa (Conep), pertencente ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), que normaliza e regula, no Brasil, todas as pesquisas que envolvem seres humanos. A Resolução tem por fundamento os principais documentos internacionais que norteiam as questões bioéticas, como o Código de Nuremberg (1947), Declaração dos Direitos do Homem (1948), Declaração de Helsinque (1964) e as Propostas e Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS, 1982 e 1993).

O caráter bioético de uma pesquisa transcende a questão do documento que oficializa a participação de um voluntário em uma pesquisa científica, o chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Segundo Ezekiel Emanuel<sup>4</sup>, a eticidade da pesquisa está vinculada a outros tantos critérios que devem ser observados. O primeiro deles é o valor ou a importância social, científica ou clínica para a realização do estudo. É necessário que a pesquisa gere informação relevante para o campo do saber ao qual se vincula, tendo a possibilidade de promover a melhoria na saúde, no bem-estar ou no conhecimento da população. Tal requisito assegura que os sujeitos da pesquisa não sejam expostos a riscos desnecessários sem a possibilidade de algum benefício pessoal ou social significativo. Assim, os protocolos experimentais devem demonstrar algum valor científico ou social. Em seguida, é destacada a

---

<sup>4</sup> Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa, Texto 8: O que faz que a pesquisa clínica seja considerada ética?

necessidade do uso de uma metodologia que possua um objetivo claro e que seja delineada, através de métodos e práticas seguras e aceitas com a construção de um plano de análise claro e possível de ser executado. Um terceiro critério destacado é a seleção eqüitativa de sujeitos, significando que a condição para participação na pesquisa deve estar calcada em critérios científicos e não pela vulnerabilidade dos sujeitos. Uma seleção eqüitativa permite que todos os sujeitos do grupo possam participar, a menos que haja riscos para sua elegibilidade ou boas razões científicas para a restrição.

O critério de risco-benefício incorpora os princípios éticos da não-maleficência que sustenta “não causar prejuízos ou riscos” aos sujeitos participantes e da beneficência, ou seja, a possibilidade de serem apontados os benefícios que o grupo pesquisado obterá ao participar do estudo. Significa que é fundamental assegurar que os benefícios excedam os riscos para que se evite a exploração, em qualquer nível, das pessoas nos protocolos de pesquisa.

### **2.7.1 Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa**

A preocupação para minimizar os possíveis riscos existentes, relacionados às questões da terceira idade, reside no conceito de risco. Os riscos potenciais aos quais os idosos (as) participantes poderão estar expostos são: a possibilidade de constrangimento causado pela má condução da entrevista, quando da apresentação das perguntas, da postura inadequada e desrespeitosa do entrevistador, ou mesmo pela falta de reserva no ambiente onde acontecerá a entrevista. Estão sendo respeitadas as limitações dos voluntários entrevistados e não ser exigidas ou cobradas respostas às perguntas formuladas.

### **2.7.2 Termo de consentimento livre e esclarecido**

O respeito aos sujeitos incluídos na pesquisa não se atém apenas ao Consentimento Livre e Esclarecido. Abrange questões como possibilidade do sujeito mudar de opinião e retirar-se da pesquisa sem nenhum tipo de ônus; garantir a privacidade e sigilo das informações

obtidas; informar aos sujeitos, no curso da pesquisa, quaisquer alterações; informar aos sujeitos os resultados obtidos através da pesquisa e observar e garantir o bem-estar dos pesquisados durante todo o processo de investigação. Tais parâmetros mínimos foram observados na pesquisa.

Deste modo, os/as participantes desta pesquisa foram esclarecidos sobre o objetivo e os propósitos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Levando-se em conta o grande número de pessoas idosas na região com baixa escolaridade, a impossibilidade de leitura, por deficiência visual, ou qualquer outro impedimento não caracterizado pelos critérios de exclusão, o TCLE foi lido pela pesquisadora para cada um dos voluntários na presença de algum membro da Associação. Em seguida foi solicitada a autorização formal para a participação na referida pesquisa (Anexo2).

### 3. UMA BREVE CARTOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A partir do século XVII o conhecimento das coisas passa a se constituir em um saber necessário para quem governa. Estas “coisas” que o Estado deve conhecer são as forças e recursos que o caracterizam em um dado momento, denominado *statistik*. Foucault, em sua obra *Segurança, Território e População* (2008c), esclarece que etimologicamente estatística significa “o conhecimento do Estado” no que se refere ao

“conhecimento da população, medida de sua quantidade, medida da sua mortalidade, da sua natalidade, estimativa das diferentes categorias de indivíduos num Estado e da sua riqueza, estimativa das riquezas virtuais de que um Estado dispõe: minas, florestas, etc., estimativa das riquezas produzidas, estimativa das riquezas que circulam, estimativa da balança comercial, media dos efeitos das taxas e dos impostos – são todos esses dados e muitos outros que vão constituir agora o conteúdo essencial do saber do soberano” (p.365).

Portanto, essa tecnologia de “mapeamento” da população através de números se constitui em uma importante tecnologia do Estado, isto porque os números além de quantificar e dar uma certa materialidade aos fenômenos sociais populacionais também são anônimos, permitindo que se transforme pessoas e coisas em “pontos em uma curva”, em linhas de um gráfico ou em argumento para projetos políticos e ou sociais. Assim, os dados estatísticos permitem que se “fale” de quase todos os eventos e fenômenos biopolíticos numa perspectiva temporal de presente ou de futuro – a partir de suas estimativas e projeções. No caso do envelhecimento, procuramos identificar de quais fenômenos e circunstâncias “falam” os números, nos discursos oficiais e especializados.

Com um contingente estimado de 20 milhões de pessoas em 2008, os(as) idosos(as) brasileiros(as) sofrem ainda as influências e conseqüências de uma sociedade com graves problemas relativos à distribuição de renda, ao acesso aos serviços públicos de saúde básica, as atitudes de discriminação e exclusão associados ao gênero,

etnia, idade, às condições sócio-econômicas, região geográfica de origem e à localização de moradia. Tais fatores garantem uma complexa diversidade aos modos de envelhecer (BRASIL, 2008, VERAS, 2009).

Enquanto que nos países desenvolvidos o processo de envelhecimento ocorreu gradativamente e foi conseqüência de condições múltiplas como evolução médico-sanitária, melhoria das condições de educação, saneamento básico, infra-estrutura, condições sócio-econômicas; no Brasil, essa Transição na Estrutura Etária (TEE) se intensificou a partir da década de 60, associada, em geral, às melhorias das condições médico-sanitárias oferecidas à população e importante redução da Taxa de Fecundidade Geral (TFG) (WONG, 2004).

Segundo os demógrafos, a TEE ocorre em quatro etapas ou estágios específicos. Num primeiro momento observa-se uma alta prevalência de fecundidade e mortalidade, ou seja, a taxa de nascimento alta é compensada por uma taxa de mortalidade também alta, garantindo não só a estabilidade populacional, como também uma grande percentagem de jovens na população. No Brasil, este estágio se manteve até a primeira metade do século passado. No momento seguinte encontramos uma taxa de fecundidade ainda alta, porém a mortalidade passa a diminuir consideravelmente, se comparada à etapa anterior. Este processo leva a um crescimento muito grande da população jovem. No Brasil esta etapa ocorreu intensamente nas décadas de 40 e 50. O terceiro estágio caracteriza-se por uma significativa redução da fecundidade e da mortalidade, o que causa ainda um crescimento da população total, mas com um aumento da porcentagem de adultos e idosos. É o que acontece hoje em alguns estados brasileiros mais desenvolvidos, na maioria dos países europeus e em alguns países da América Latina (WONG, 2004, CAMARANO, 2004; BRASIL, 2002).

Considerando a complexidade do assunto, de forma mais sucinta, podemos dizer que uma das principais razões, apontada pelos

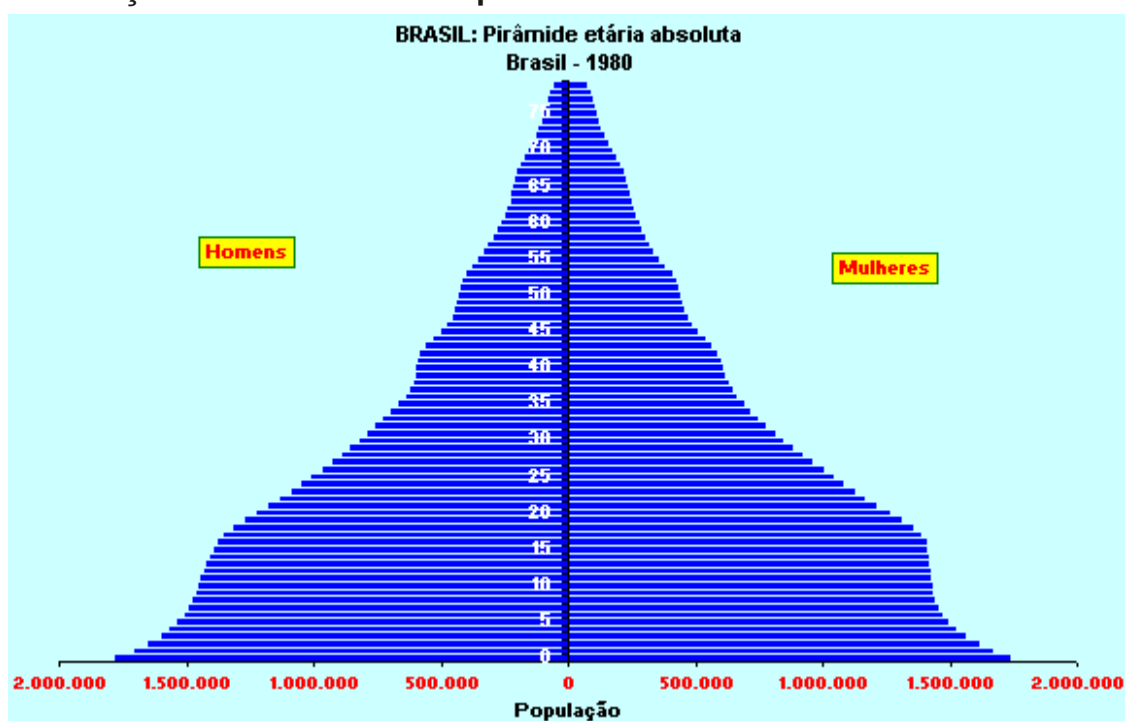
demógrafos, para esta redução acentuada do índice de natalidade é a elevação do nível de qualidade de vida da população, traduzida em uma maior urbanização das cidades, melhores condições sanitárias, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e melhoria das condições ambientais. O declínio na taxa de natalidade brasileira iniciou-se nos anos 60, com o aparecimento de diversos métodos anticoncepcionais. Em 1960, a média de filhos por mulher era superior a seis e a década seguinte apresentou uma discreta redução de 2,89% nas taxas de crescimento populacional. A década seguinte, 1980, apresentou uma taxa de crescimento populacional de 2,48%. Em 1991 a fecundidade brasileira se posicionava em 2,89 filhos por mulher, em 2000 no nível de 2,39 filhos e em 2008 as estimativas, apresentada pela PNAD de 2007, indicavam a fecundidade da mulher brasileira em 1,86, ou seja, taxa abaixo do nível de reposição das gerações que é de 1,95 filhos por mulher (CAMARANO, 2004; IBGE, 2008).

Para os órgãos públicos, a principal característica dessa mudança no perfil de fecundidade brasileiro é o acelerado processo de crescimento da população idosa no país. Se até a década de 60 todos os grupos etários cresciam de forma semelhante à total, mantendo constante a estrutura etária, a partir de 1970 observou-se uma desaceleração significativa no crescimento da população jovem enquanto que o grupo com 60 anos ou mais foi o que mais cresceu proporcionalmente no Brasil em todas as regiões, com maior longevidade feminina. De 1980 até o ano 2000, o grupo de 0 a 14 anos cresceu apenas 14% contra 107% do grupo de 60 anos ou mais. Em 2008, dados do PNAD, indicavam que para cada 100 crianças com idade entre 0 e 14 anos existiam 24,7 pessoas idosas e as projeções para 2050 apontam para um quadro onde haverá 172,7 pessoas idosas para cada 100 crianças (IBGE, 2009).

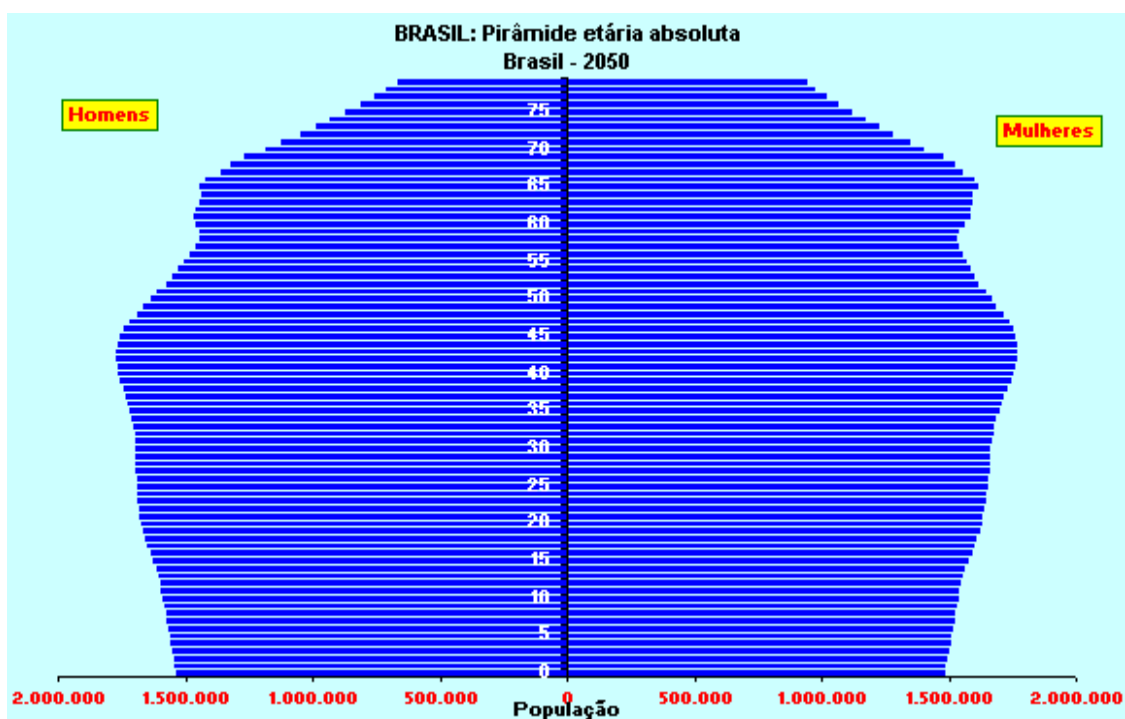
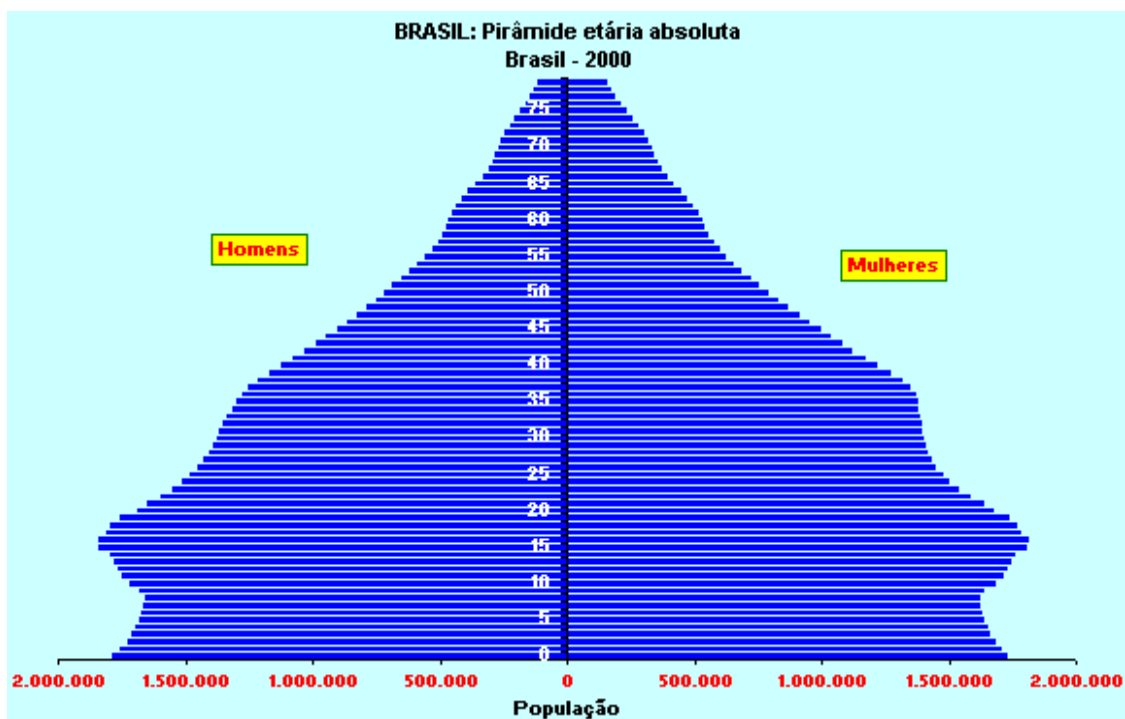
Na busca contínua de garantir uma “melhor visualização” e acompanhamento de tais mudanças, a representação piramidal da distribuição etária populacional brasileira vem sendo importante instrumento de governo. O discurso gráfico não só localiza e distribui

temporalmente a população, neste caso por faixas etárias e gênero, mas também viabiliza entendimentos específicos sobre os mesmos na atualidade e em projeções futuras. A partir deste recurso os órgãos governamentais identificam, ao longo das décadas, o estreitamento da base da pirâmide, onde se localiza o grupo de pessoas com idade entre 0 e 5 anos e um progressivo alargamento no topo da mesma onde estão representadas as pessoas com idade superior a 60 anos, “retangularizando” a aparência da mesma (Ilustração 1).

**Ilustração 1 – Pirâmide Populacional brasileira em 1980-2000-2050**







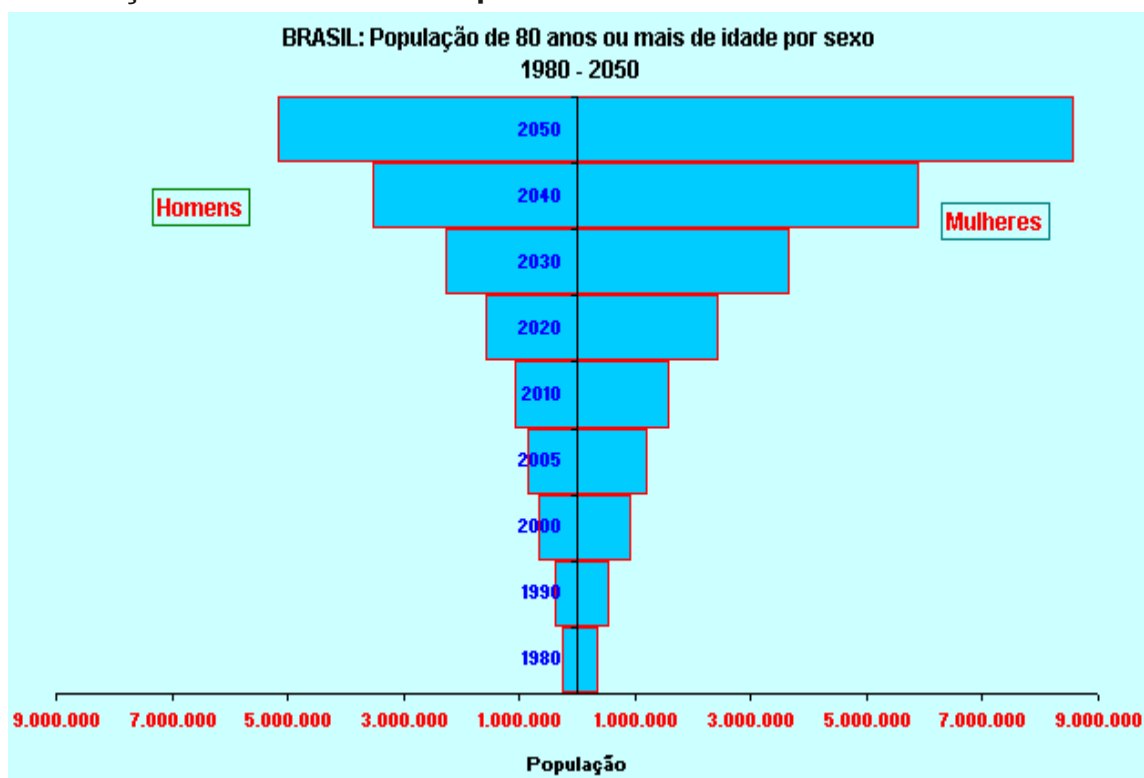
Fonte: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm)

Na medida em que se quantifica o envelhecimento populacional atual e realiza-se sua projeção futura somos mais e melhor regulados e governados. A representação numérica ou gráfica das pessoas “fala” sobre diversos aspectos da vida dos sujeitos informando sobre o conjunto de seus comportamentos, também

denominado hábitos ou, mais recentemente, “estilos de vida”; deste modo, são construídos os prognósticos e, a partir destes, a intervenção política. Uma importante característica desta forma de representação populacional é que os gráficos e números permitem o registro tanto em termos absolutos quanto contínuos. Esta mobilidade indica as variações, ou seja, é possível situar os fenômenos em uma margem preditiva ou estimativa, sendo assim possível localizar os indivíduos, por grupos etários, patologias, gênero enfim, todos os fenômenos sociais em uma dinâmica de governo mais ampla e eficiente. Deste modo, as ações de governo não necessitam mais incidir sobre os indivíduos. Elas se voltam, especificamente, para duas importantes noções no controle social, a noção de grupo, cujos indivíduos são passíveis de serem incorporados (grupo dos jovens, dos idosos, dos diabéticos, dos deficientes, etc.) e a noção de cidadão referida a sujeitos responsáveis, capazes de realizar escolhas positivas ou favoráveis para sua própria vida (vida saudável) e, por isso mesmo também considerados livres e autônomos, ou seja, capazes de exercer sobre si mesmos uma forma de governo e escolhas próximas daquilo que socialmente é esperado dele (FOUCAULT, 2008b).

Os discursos sobre o aumento no tempo de vida médio das pessoas, ou seja, a expectativa de vida ao nascer (que era de 45,5 anos na década de 1940 e passa para 72,7 anos em 2008) e as recentes projeções do IBGE (2009) que indicam que o país chegará a uma média de vida de 81,29 anos em 2050, nível já alcançado por países como Islândia (81,8) e Japão (82,60), além de indicarem a inversão da pirâmide populacional, também informam ao governo da necessidade de desenvolver estratégias para que as tecnologias de auto-governo sejam eficientes e eficazes por períodos de tempo maiores (Ilustração 2).

## Ilustração 2 – Pirâmide Populacional de 80 anos ou mais: 1980-2050



Fonte: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm)

No que tange ao envelhecimento populacional, dados recentes revelados por pesquisa do PNAD em 2008, indicaram as regiões Sul e Sudeste como as detentoras de maior concentração de pessoas com mais de 40 anos (38,1% e 37,9% respectivamente) no país. O Rio de Janeiro foi considerado o Estado com maior número de idosos(as), com uma taxa de 14,9% e o Rio Grande do Sul o segundo em taxa de envelhecimento populacional, com 13,5% de pessoas com mais de 65 anos (IBGE, 2009).

Há também, segundo esses índices, uma prevalência de população feminina no envelhecimento populacional brasileiro. As mulheres, em 2008, apresentavam uma média de vida de 76,6 anos contra 69,0 dos homens. Vivendo em média 7,6 anos mais que os homens, as mulheres brasileiras idosas, na atualidade, deparam-se com uma velhice impregnada de desvantagens acumuladas ao longo de uma vida de discriminação e desigualdades estruturais, onde a maioria não teve trabalho remunerado e conta com benefícios mínimos de aposentadoria, além de não possuir seguro de saúde. Mesmo entre as

que trabalharam, essas tiveram salários equivalentes à metade ou pouco mais que os dos homens e acabam como as mais dependentes e pobres entre os idosos. Assim, a maior longevidade feminina acaba sendo, também, um de seus problemas (FERNANDES, 2004).

Os gráficos, tabelas, índices produzidos através de pesquisas realizadas por órgãos governamentais ou através de estudos acadêmicos, para “falar” e informar sobre saúde, causas de adoecimento, mecanismos de longevidade (nutricional, atitudinal, comportamental, espiritual, etc.), expectativa de vida, se constituem em uma estratégia de comunicação cuja principal característica é seu caráter de fidedignidade, de verdade sobre o que é comunicado. A regulação dos sujeitos, no nível de individualização, é possível na medida em que eles se “vêm”, se “reconhecem” nos dados, ou mesmo significam as informações como prognóstico de e para a sua própria vida. Tal mecanismo é uma importante estratégia do Estado, na medida em que, permite inserir todos os indivíduos na dinâmica de governamentalidade do biopoder (FOUCAULT, 2008c).

Deste modo, em termos de governamentalidade, a tecnologia biopolítica vai operar sobre os fenômenos populacionais a partir dos dados produzidos pela contagem e mapeamento populacional demográfico, econômico, epidemiológico, dentre outros, definindo estratégias de intervenção, delineando políticas de regulamentação e controle, determinando prioridades, definindo critérios que categorizam a vida dos sujeitos em “saudáveis” e “não saudáveis”; ou seja, produzindo e fazendo circular – no campo da saúde – os discursos de “verdade” que irão autorizar e valorizar certas condutas em detrimento de outras.

### 3.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE E O DISCURSO DO SABER MÉDICO

Na perspectiva da governamentalidade<sup>5</sup>, a doença é vista como um fenômeno de população (epidêmico ou endêmico<sup>6</sup>) que pode trazer não só a morte física, mas, sobretudo, a morte produtiva da vida, enfraquecendo e incapacitando os sujeitos. Outro importante conjunto de fenômenos que irá constituir campo de intervenção da biopolítica será a velhice<sup>7</sup>, os acidentes e as anomalias que, assim como a doença, levam a incapacidade, diminuição ou neutralização de forças dos indivíduos. Tais entendimentos biopolíticos irão repercutir no papel da medicina que passará a intervir como organismo de coordenação, centralização de informação, normalização de saber, adquirindo, também, a função de direcionar campanhas de aprendizado da higiene e da saúde (FOUCAULT, 1999; ORTEGA, 2002).

Historicamente, as sociedades ocidentais se constituíram sob a marca da dominação de uns povos sobre outros, adquirida através de lutas onde a força e o vigor físico masculino eram a garantia de sobrevivência dos grupos e de poder. Neste cenário, de dominação masculina, as mulheres jovens e velhas só disputavam algum tipo de

---

<sup>5</sup> Importante noção elaborada por Foucault (2008), na publicação do curso Segurança, Território, População assim descrita "Por esta palavra 'governamentalidade', entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por 'governamentalidade' entendo a tendência, alinhada de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de 'governo' sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por 'governamentalidade', creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séc. XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco 'governamentalizado'(p.144).

<sup>6</sup> O termo "endêmico" refere-se ao grau de prevalência de uma doença, ou seja à proporção entre o número total de casos da doença e o número de indivíduos em risco de a adquirir, numa área geográfica e temporalmente bem definida. O Estado do Amazonas, no Brasil p.e., é considerado área endêmica para Febre Amarela e o Rio de Janeiro para Dengue. Já a "epidemia" tem sua origem no grego *epi* (sobre) + *demos* (povo), significando o desenvolvimento rápido e local de uma determinada doença, em um intervalo de tempo curto, vitimizando um grande número de indivíduos da comunidade atingida.

<sup>7</sup> O termo velhice, neste trabalho é utilizado no sentido de "categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias", conforme descrito por Beauvoir (1990, p.109).

autoridade na vida privada, sendo a vida pública de domínio exclusivo masculino. A longevidade só existia nas classes mais privilegiadas e em tais classes só era referida a longevidade masculina. As sociedades consideravam em seus registros apenas os homens, pois eram eles que contavam as histórias de poder e dominação de uma determinada sociedade sobre outra e nestas as mulheres, crianças e jovens eram sempre menores e dominadas. Deste modo, o número reduzido de estudos sobre a velhice, que perdurou até a segunda metade do século XX, também é devido à escassez de documentos sobre essa etapa do desenvolvimento humano, visto que os estudos incorporavam as pessoas idosas na categoria adulta (BEAUVOIR, 1990).

As concepções sobre velhice e a preocupação com o envelhecimento<sup>8</sup> podem ser encontradas em textos de filósofos e pensadores de todas as partes do mundo desde o séc. VI a.C. quando se iniciaram os estudos sobre as alterações biológicas no organismo humano. Se em algumas culturas, o entendimento da velhice como dádiva – civilização chinesa<sup>9</sup>, judeus, gregos – era comum, entre os egípcios esta etapa da vida era descrita através de uma concepção de menos valia e buscavam-se meios de superá-la. Segundo, Beauvoir (1990), data de 2500 a.C. o primeiro texto egípcio escrito sobre o tema. O filósofo e poeta *Ptahhotep* assim descreve a velhice:

“Quão penoso é o fim de um ancião! Vai dia-a-dia enfraquecendo: a vista baixa, as orelhas se tornam surdas, a força declina, o corpo não encontra repouso, a boca se torna silenciosa e já não é possível recordar hoje o que foi ontem. Doem-lhe todos os ossos. As ocupações a que outrora se entregava com prazer só as realiza agora com dificuldade e

---

<sup>8</sup> O termo envelhecimento, apesar de não haver ainda uma definição oficial, “é frequentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia” (Jeckel-Neto e Cunha, 2002, p.13).

<sup>9</sup> A sociedade chinesa constitui uma importante exceção quanto à condição dos velhos. Dadas as peculiaridades de sua cultura, calcada mais na experiência do que na dominação pela força física, o respeito e obediência ao mais velho é a base moral social e a velhice considerada como “a vida sob sua forma suprema”. Confúcio (551 a. C 479 a. C) filósofo chinês cuja doutrina teve forte influência em toda Ásia Ocidental, assim fala da sabedoria e da evolução moral do homem no decorrer dos anos: “Aos 15 anos, eu me aplicava ao estudo da sabedoria; aos 30, consolidei-os; aos 40, não tinha mais dúvidas; aos 60, não havia mais nada no mundo que me pudesse chocar; aos 70, podia seguir os desejos do meu coração sem transgredir a lei moral” (Beauvoir, 1999,p.113)

desaparece o sentido do gosto. A velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem. O nariz se obstrui e nada mais pode cheirar.”(p.103)

Esta concepção de velhice como circunstância penosa, insuperável e triste é reproduzida nos séculos posteriores na literatura, filosofia e iconografia. Beauvoir (1990) explica que do antigo Egito até o Renascimento, o tema velhice foi abordado de forma estigmatizada e, até o séc. XIX os textos não mencionam os velhos pobres.

Foi só a partir desta época, no Ocidente, que cuidar dos idosos tornou-se uma especialidade, iniciando-se como uma área da ciência médica, embora não sendo ainda designada como geriatria. No início do século XX, o americano Metchinikoff apresentou um tratado onde correlacionava velhice a um tipo de auto-intoxicação e, nesse momento, referiu-se, pela primeira vez à palavra gerontologia<sup>10</sup>. Em 1909, Ignatz L. Nascher, pediatra vienense radicado nos Estados Unidos da America, criou o termo “geriatria”, identificando-o como um ramo da medicina que se ocupa dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais das doenças que podem acometer os idosos. Em 1912 funda a Sociedade de Geriatria de Nova York e é responsável pela publicação, em 1914, da primeira obra médica voltada para as patologias que acometiam as pessoas idosas *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care and medical-legal relations* (BEAUVOIR, 1990, PAPALÉO-NETTO, 2002).

Nascher encontrou muitas dificuldades em seu projeto de difundir e encontrar aliados para suas pesquisas sobre os aspectos biomédicos do envelhecimento. Os trabalhos sobre esta temática são intensificados a partir da década de 1930, com o incentivo de Marjory Warren, que desenvolve e publica trabalhos sobre avaliação geriátrica. A década de 1940, nos Estados Unidos, vê surgir três importantes

---

<sup>10</sup> A Gerontologia é definida como “uma disciplina científica, multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais” (PAPALÉO-NETTO, 2002,p.07)

núcleos de estudos do envelhecimento. Em 1942 é criada a *American Geriatric Society* e em 1946, a *Gerontological Society of American* e a *American Psychological Association* cria seu departamento para estudo do envelhecimento, denominado *Division of Maturity and Old Age* (PAPALÉO-NETTO, 2002).

Certamente que o deslocamento do “olhar” da medicina para a questão do envelhecimento, neste momento histórico específico, decorre de uma tecnologia biopolítica que se preocupa não só com o “fenômeno” biológico do envelhecimento e suas patologias associadas, mas também com a sua natureza “coletiva” e temporal, na medida em que perdura um tempo significativamente longo. A biopolítica tem como finalidade intervir nesses acontecimentos através da implementação de mecanismos reguladores da população como, p.ex., as políticas para baixar a mortalidade, aumentar o tempo de vida, estimular ou reprimir a fecundidade, que funcionarão a partir das previsões, estimativas estatísticas e medições globais – estabelecendo assim um controle sobre eventos fortuitos e um equilíbrio ideal da população para o Estado (FOUCAULT, 1999).

Nesta década de 1940, as projeções demográficas indicavam um significativo envelhecimento populacional que começa a colocar em desequilíbrio a pirâmide de distribuição demográfica populacional. Esta situação, na Europa e América decorreu, em grande medida, do advento da Segunda Guerra Mundial que contabilizou a morte de 33.473.000 pessoas entre militares e civis, deixando como saldo uma população predominantemente constituída de crianças, mulheres e idosos, com um vácuo significativo de pessoas jovens.

As duas décadas que sucedem a este período são ricas em produção científica e estudos longitudinais sobre a vida adulta e a velhice. Destacam-se os estudos realizados na Alemanha, em Bonn, nos anos de 1951 e 1969 e nos Estados Unidos nos estados da Pensilvânia em 1958, de Kansas City, em 1964 e em West Virginia em 1972. De acordo com registros de Papaléo-Netto (2002), entre os anos



de 1969 e 1979 houve um aumento de 270% na produção de pesquisa geriátrica.

A noção fatalista, decorrente dos estudos da biologia e fisiologia associando o envelhecimento a um “processo inalterável”, produziu novos recuos de investimentos políticos no campo da pesquisa geriátrica-gerontológica, Coerente com o paradigma da produção – orientador da sociedade capitalista moderna do século XX – o interesse por determinados grupos etários ou as ações voltadas para um determinado fim, eram entendidos como “investimentos” – de curto, médio ou longo prazo – que deveriam produzir “retorno” econômico à sociedade numa relação diretamente proporcional ao investimento realizado. Na prática, isto significava que investir na vida da criança seria sinônimo de retorno “produtivo” à sociedade durante um período de 50 anos, enquanto que investir na melhoria das condições de vida da pessoa idosa não produziria nenhum retorno econômico social (NERI, 2007).

Tal cenário só se altera devido ao impacto social e econômico que o envelhecimento populacional passa a produzir na sociedade contemporânea. Lembrando-nos que a política para Foucault (2008c) é a “arte de governar” a partir de diferentes índices, estes, no que tange o envelhecimento, determinavam e demandavam, naquele momento, um saber específico sobre a vida dos idosos e as múltiplas facetas do processo do envelhecimento.

No Brasil, as mudanças significativas ocorridas na composição demográfica populacional veio acompanhada de uma transição epidemiológica, termo utilizado para descrever as alterações nos perfis de causas de morte e no modo de adoecer (morbi-mortalidade) e invalidez que ocorrem numa população específica (SCHRAMM *et al*, 2004). Aqui, tal processo diferiu do modelo experimentado tanto pelos países desenvolvidos quanto por alguns países latino-americanos como Chile, Cuba e Costa Rica.

Na sociedade brasileira, foi possível observar menos uma transição propriamente dita das doenças, e mais uma superposição das

mesmas, onde predominam tanto as doenças transmissíveis quanto as crônico-degenerativas e tais situações epidemiológicas possuem especificidades marcantes em cada região do país. Assim sendo, é possível encontrarmos índices de morbidade e mortalidade elevados tanto para as doenças infecciosas quanto para as crônico-degenerativas. Como consequência existe uma maior demanda pelos serviços de saúde, com maior número de internações hospitalares e tempo de ocupação do leito quando comparado a outras faixas etárias. Porém as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial, demência e glaucoma são ainda as enfermidades típicas da terceira idade brasileira, implicando na urgência de serem adotadas e priorizadas medidas de prevenção (KALACHE, 2008, VERAS, 2009).

Portanto, a velhice brasileira – interpretada como um misto de decadência orgânica e improdutividade social – necessitava ser “resolvida” ou, ao menos, ter seus efeitos minimizados. As projeções de custos hospitalares e securitários de que o Estado deveria dispor para o atendimento da pessoa idosa, realizadas após a década de 1980 no Brasil, apontavam para uma urgência na reversão deste cenário. Tais fatores promoveram um importante deslocamento nas ações consideradas “prioritárias ao governo” e o envelhecimento “saudável” passa a constituir importante item na “agenda política” brasileira (NERI, 2007).

Para tal, é necessário investir em um “saber” legitimado, capaz de bem orientar o “fazer” com e para a população idosa. Foucault (2008c) esclarece que o exercício do poder demanda, cria e faz emergir objetos de saber, através de um modelo institucionalizado específico para acumular as informações produzidas. Enquanto a “biopolítica do conhecimento” autoriza e faz circular determinados discursos tidos como válidos, correlacionando-os a noções específicas de ciência, a “biopolítica do governo” institui as estratégias que reduzem os possíveis agravos, produzindo uma velhice mais autônoma,

independente e, conseqüentemente, mais “útil” e “econômica” ao governo (GORE, 1999).

No âmbito acadêmico, o primeiro serviço universitário criado para atendimento aos idosos foi em 1975 na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; entretanto, suas ações são “invisíveis” no cenário nacional. Somente após os anos 1990, nas regiões sul e sudeste, são identificadas ampliações em cursos e assistência voltados a pessoa idosa. A Universidade de São Paulo (USP), em 1992, reconhece a geriatria como disciplina obrigatória no currículo do 4º ano do curso de Medicina. Após 1997, surgem os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu*, de Gerontologia na Unicamp, nível mestrado; em 1998 de Gerontologia Social na PUC-SP, nível mestrado e em 2000 de Gerontologia Biomédica na PUC-RS, nível mestrado e doutorado (JECKEL-NETO, 2002).

Os estudos e publicações sobre os modos de envelhecer e a velhice brasileira apesar de instituírem algumas mudanças no entendimento inicial de velhice como fenômeno negativo e somente associado a perdas, ainda não foram suficientes para alterar o padrão de associação da velhice a *handicap* (dependência) ou fragilidade. Assim, o referente de análise utilizado para falar de velhice é a juventude refletida em um corpo, que pode até estar envelhecendo, mas que deve manter o vigor e a disposição física e um espírito sempre “jovem”. Essa polarização juventude *versus* velhice classifica e categoriza a população em grupos e esta estrutura se reflete nos programas e serviços de saúde ofertados a população. Nesse processo a saúde costuma ser tratada também através de categorias de adoecimento através da organização de grupos como: hipertensos, diabéticos, DPOC, desconsiderando-se o fato de que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferente.

A idade não é um fator que homogeneíza as condições entre as pessoas idosas, ao contrário, à medida que envelhecem homens e mulheres se tornam menos parecidos e todas as conseqüências das diferenças culturais, étnicas, de classe social, situação marital,

cuidados prévios com a saúde, dentre outros, associam-se e surgem como determinantes do como se envelhece. De acordo com Nogales (1998) enquanto os homens morrem antes e de causas súbitas, como de acidentes cardiovasculares, muitas das mulheres idosas passam pela experiência de declínio e vulnerabilidade orgânica devido a doenças crônicas. Em síntese, o envelhecimento populacional no Brasil trouxe um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. A saúde deixou de ser considerada pela presença ou não de doenças e passa a ser pensada pelo grau de preservação da capacidade funcional. O desafio que se coloca para toda sociedade brasileira no século XXI será o de atender às necessidades de uma população de mais de 32 milhões de idosos, em sua maioria com níveis sócio-econômico e educacional baixos e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes que afetam, sobremaneira, a autonomia e independência para as atividades de vida diária (AVD) (NERI, 2007, VERAS, 2009). Neste cenário, o governo, ou mais especificamente, os administradores utilizam este saber concreto, calculado, projetado com a finalidade de operar de modo mais eficiente. Tais projeções explicitam as fragilidades e as forças do Estado e permitem o desenvolvimento de racionalidades políticas de governo<sup>11</sup> dessa população.

---

<sup>11</sup> Termo utilizado “no sentido de ‘dirigir as condutas’ de indivíduos ou pequenos grupos” (VEIGANETO, 2005, p.148)

#### 4. OS DISCURSOS DA GESTÃO BIOPOLÍTICA DA VELHICE

*“No mundo da lei, há uma distinção clara entre o fora e o dentro, entre o exterior e o interior. A figura da lei se mostra acompanhada pelo que lhe é exterior: as margens e o fora-da-lei. Nesse sentido, a proibição e a lei parecem se recobrir. Porém, é interessante notar que a lei funciona tanto pelo que ela diz quanto pelo seu silêncio. No fundo é esse silêncio que faz a lei funcionar, ou seja, ao contrário das formas autoritárias de poder, o ideal democrático é fazer com que a lei torne permitido tudo aquilo que ela não proíbe expressamente” (Jésus Santiago)*

Entender os deslocamentos operados na forma de interpretar o poder sobre a vida, ocorridos a partir do século XVII, é de fundamental importância quando se tem por foco analisar os discursos da gestão política da velhice, pois “é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação”. Segundo Foucault (1998), o poder sobre a vida passa a se configurar na administração dos corpos e na “gestão calculista da vida”, através de tecnologias e mecanismos de intervenção que possibilitam a regulação da população (p.130).

Para tal análise do poder, Foucault (1995 *apud* RABINOW e DREYFUS) realiza uma importante distinção entre o poder que se exerce sobre as coisas e o poder que se institui nas relações entre indivíduos e grupos, sendo este o que nos interessa neste momento. Este poder, como o próprio termo indica, se institui nas “relações entre ‘parceiros’” ou entre grupos na forma de leis, através de instituições, ideologias ou mecanismos que permitem “um agir sobre o outro”(p.240).

Ao analisar o sujeito em suas relações, o filósofo faz questão de chamar atenção para pelo menos dois aspectos do poder: o primeiro aspecto é sua temporalidade e historicidade, na medida em que ele define relações sociais em momentos históricos específicos e o segundo é seu caráter produtivo, desmistificando, assim, a noção proibitiva do poder, conforme ele mesmo refere em sua obra *Microfísica do Poder*:

“Creio ser esta uma noção negativa, estreita e esquelética do poder que curiosamente, todo mundo aceitou. Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? 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” (FOUCAULT, 1998, p.8).

O filósofo indica, ainda, que ele (poder) deve ser considerado “como uma rede produtiva que atravessa todo corpo social” (ibid, p.8). No meu entender, esta noção de “rede” proposta por Foucault é interessante, pois nos permite pensar metaforicamente tanto pela perspectiva da existência de diversos “fios” que são necessários para a tessitura desta rede, como também pelo aspecto de conectividade, de integração de forças contínua e adaptada. Assim, os jogos de poder determinarão quais fios serão utilizados em uma determinada rede e sua extensão; pois serão os diversos espaços sociais, as diferentes circunstâncias e finalidades que irão determinar os procedimentos que irão “fazer circular os efeitos de poder”.

Foucault (1995 *apud* RABINOW e DREYFUS, p.236) localiza no século XVI o desenvolvimento contínuo de uma nova forma de política de poder, denominada Estado, cuja força se faz por sua capacidade de exercer um poder ao mesmo tempo individualizante e totalizador, ou seja, que considera o corpo social. O filósofo enfatiza o fato de que nunca na história das sociedades humanas “houve, no interior das mesmas estruturas políticas, uma combinação tão astuciosa das técnicas de individualização e dos procedimentos de totalização”

Para a sobrevivência do Estado, foi primordial o desenvolvimento de técnicas de governo aprimoradas. Após o século XVIII e no decorrer do século XIX, o Estado vai incorporar, em uma nova configuração política de governo, uma antiga tecnologia de poder, herdada das instituições cristãs, denominada “poder pastoral”.

Apesar de não ser objetivo desse trabalho realizar uma análise dos determinantes históricos e razão do Estado, apontados por Foucault, para a instituição do poder pastoral no governo dos povos

na contemporaneidade, é importante esclarecer alguns aspectos e características deste poder pastoral que possibilitarão ao Estado moderno um governo, que apesar de coletivo, vai integrar “os cidadãos em uma intrincada rede de individuação que concerne o trabalho, a educação, a família, o corpo e a vida mental” (LAZZARATO, 2008, p. 41).

O poder pastoral se fundamenta em pelo menos três princípios básicos. O primeiro se vincula à noção de movimento, pois o poder pastoral se exerce sobre o rebanho em deslocamento; o segundo princípio que o sustenta é o da salvação, ou seja, o objetivo principal do poder pastoral é garantir a salvação do seu rebanho, garantindo meios para sua subsistência, sendo deste modo, também um poder de “cuidado” de “zelo”. O bom pastor necessita ser vigilante a fim de bem conduzir seu rebanho. E o terceiro princípio é sua capacidade de ser individualizante e totalizante ao mesmo tempo, na medida em que, o poder pastoral visa todo o rebanho e cada elemento que o compõe isoladamente.

A razão do forte interesse do Estado moderno contemporâneo por essa estratégia de governo foi a eficácia da mesma. O cristianismo se saiu tão bem na implementação dos dispositivos desse poder que, “o homem ocidental aprendeu durante milênios a se considerar uma ovelha entre as ovelhas”. As tecnologias desenvolvidas pelo pastorado instituíram

“toda uma arte de conduzir, de dirigir, de levar, de guiar, de controlar, de manipular os homens, uma arte de segui-los e de empurrá-los passo a passo, uma arte que tem a função de encarregar-se dos homens coletiva e individualmente ao longo de toda a vida deles e a cada passo de sua existência” (FOUCAULT, 2008c, p. 218-219),

consolidando-se como um modelo político de governo.

Conforme apontado por Lazzarato (2008, p.41), o modelo político liberal aprimorou, enriqueceu e transformou essa “tecnologia humana” de governo das almas em governo dos homens e este autor traduz o “governo” como uma estratégia cuja função é “conduzir a

conduta dos outros”, ou “exercer uma ação sobre ações possíveis” e, principalmente “agir sobre sujeitos que devem ser considerados como livres”. Foucault vai utilizar estas inovações e aprimoramento do poder pastoral, instituído pelo liberalismo, para explicar os fenômenos de massa da economia.

A racionalidade liberal e neoliberal instituíram um deslocamento sobre os entendimentos do sujeito na relação capital e trabalho que estavam anteriormente presentes no capitalismo. Se no capitalismo marxista o sujeito econômico (burguês) e o sujeito de direito (cidadão) estão em uma relação de estrutura e superestrutura, em uma relação de desigualdade, na lógica liberal o sujeito é o empreendedor de si, o *Homo Economicus* que permitirá a prática de uma arte de governar regrada e limitada aos princípios da economia. “O *Homo Economicus* é o parceiro, o ‘face a face’, o elemento de base da nova razão governamental”. O liberalismo é, portanto, uma arte de governar, de administrar a subjetividade do sujeito, e esta deve se desenvolver como ativa, empreendedora, autora de sua própria satisfação. Na contemporaneidade, a vida passa a ser comparada a uma empresa da qual o sujeito é o administrador, visando assim, a economia das condutas, a economia das almas. Nesta “reinterpretação” do sujeito na economia liberal, Foucault vai explicitar as estratégias, os dispositivos e modalidades da racionalidade governamental. Nesta nova perspectiva, a população deve ser pensada tanto em seu aspecto de “espécie humana” – o que integra suas condições biológicas, sociais e econômicas – quanto em seu aspecto “público” que integra a “opinião pública”. Deste modo, o governo visa agir sobre a economia e a opinião, criando novas maneiras de agir sobre os comportamentos, sobre as subjetividades, modificando os modos de dizer e de fazer dos sujeitos econômicos e dos sujeitos políticos. Novas e antigas tecnologias de poder ganham força. Os discursos veiculados na forma de leis, de imagens, de pesquisas de opinião pública, de pesquisas acadêmicas, de pesquisas de órgãos oficiais do Estado passam a atuar como dispositivos que interferem, encaminham, investem na vida, nas decisões e escolhas dos sujeitos. (ibid, p.44).



O caráter produtivo do discurso – que não apenas nomeia coisas ou descreve situações – mas, que acima de tudo, cria verdades passa a ser fundamental para esta política da multiplicidade “de dispositivos, de agenciamentos, de leis, de decisões, que não são um projeto racional e preconcebido, mas que podem produzir sistema, totalidade” (ibid, p. 51). Portanto, a nós interessa entender as “verdades” ou entendimentos produzidos e disseminados pelos discursos das políticas públicas para a pessoa idosa sobre o envelhecimento e a velhice, além de identificar as estratégias do biopoder para a gestão do envelhecimento populacional, entendendo que estas Políticas Públicas direcionadas a pessoa idosa, no Brasil, se instituem como um prolongamento ou como desdobramento das agendas das políticas públicas internacionais para a questão do envelhecimento, iniciadas a partir da década de 1970.

#### 4.1 OS DISCURSOS SOBRE A VELHICE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS

##### 4.1.1 O Plano Viena

A Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982, inaugurou uma agenda política internacional voltada para discutir as questões do envelhecimento populacional global. Este primeiro fórum global intergovernamental além de colocar a questão do envelhecimento em foco nas principais agências especializadas das Nações Unidas – Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) – também aprovou um “plano global de ação” para o enfrentamento do envelhecimento populacional mundial, cujos objetivos principais eram “garantir” a segurança econômica e social das pessoas idosas e promover sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Estruturado em forma de “recomendações” que abrangiam as áreas da saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação e que deveriam

ser seguidas pelos estados membros, o Plano de Viena teve como principal mérito colocar em pauta, em âmbito internacional, as especificidades e necessidades da pessoa idosa. É importante destacar que neste primeiro movimento internacional o foco estava no processo de envelhecimento típico dos países desenvolvidos, cujo envelhecimento vinha ocorrendo em um processo progressivo, porém lento. Nesta configuração, o Plano Viena voltava-se para a discussão de questões como reinserção social e prevenção da perda de autonomia pelas pessoas idosas – considerando que a concepção de “idoso(a)” discutida e tratada no Plano era de pessoas com independência financeira, capazes de agregar valor à economia através do seu poder de compra e a concepção de processo de envelhecimento vinculava-se a medicalização (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Entretanto, o acelerado processo de envelhecimento registrado nos países em desenvolvimento, possibilitou desdobramentos do Plano Viena nas agendas políticas de países da América Latina, como o Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998) e Venezuela (1999), que incorporaram, em suas Constituições, a temática do envelhecimento criando leis específicas para este segmento populacional.

Também a Organização das Nações Unidas (ONU), a partir do Plano, iniciou a implementação de importantes medidas em favor da população idosa. Em 1991, a Assembléia Geral adotou 18 princípios relativos a cinco temáticas: **independência** – incentivando políticas públicas para garantir autonomia física e financeira através de acesso aos direitos básicos de alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação; **participação** – buscando incentivar a integração e inclusão da pessoa idosa no cenário social; **cuidados** – garantindo atendimento familiar ou institucional; **auto-realização** – propiciando a pessoa idosa desenvolvimento de seu potencial e **dignidade da pessoa idosa** – assegurando-lhes uma vida digna, livre de quaisquer formas de violência, maus-tratos e exploração. Em 1992, a Assembléia Geral estabelece o ano de 1999 como o “Ano Internacional dos Idosos”,

divulgando a necessidade de promoção de uma “sociedade para todas as idades”. Tal medida permitiu que ao longo de toda a década de 1990 a população idosa passasse a ser considerada e incluída nas discussões de conferências outras como sobre população, gênero, meio ambiente, aspectos sociais, economia, cultura, lazer. Este movimento propiciou uma mudança nos discursos sobre esta população que deixa de ser relatada a partir de suas fragilidades e vulnerabilidades e passa a ser vista como um segmento populacional ativo, atuante e que deve ser considerado (CAMARANO e PASINATO, 2004, BRASIL, 2002).

Nesta perspectiva, Foucault (1995 *apud* RABINOW e DREYFUS), nos alerta sobre os “jogos de verdade” presentes nos discursos biopolíticos, que fazem circular e enfatizam determinadas noções e fazem “calar” ou tornam invisíveis alguns outros entendimentos a fim de garantir a governabilidade. Neste sentido, o poder presente nas relações de comunicação, torna-se evidente na medida em que a “produção ou circulação” de determinadas informações ou saberes “podem perfeitamente ter por objetivo ou por conseqüências efeitos de poder”. Foucault faz questão de destacar que “comunicar é sempre uma forma de agir sobre o outro ou os outros (ibid, p.240). É possível identificar nas medidas adotadas pela ONU um discurso que passa a incluir a pessoa idosa na estrutura do *Homo Economicus*, subjetivando este sujeito idoso a ser responsável por si mesmo, a autogerenciar sua vida de modo produtivo e integrado ao cenário social e desenvolvendo plenamente seu potencial. O discurso centrado no sujeito, que fala de independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade, faz calar o discurso centrado no Estado que fala de saneamento básico, distribuição de renda, acesso a serviços básicos de saúde, dentre outros.

Assim, na perspectiva biopolítica do indivíduo empreendedor, do indivíduo responsável, na comemoração do Ano Internacional do Idoso foi apresentada a Declaração do Milênio de 2000, “convocando” a

população global em prol dos direitos humanos e na redução da pobreza.

#### **4.1.2 O Plano Madri**

Somente 20 anos após a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, é realizada a Segunda em Madri, na Espanha, em 2002 por convocação da ONU. Este hiato de tempo nos “fala” de alguns aspectos demográficos mundiais importantes. Em se tratando do envelhecimento populacional, as projeções apontavam para uma aceleração importante do envelhecimento em países em desenvolvimento como o Brasil.

Nesta Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento foi aprovado o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (MIPAA); tendo como tema de chamada a “sociedade para todas as idades” o Plano objetivou guiar as políticas internacionais do envelhecimento até o século XXI, em especial as dos países em desenvolvimento.

O MIPAA partiu do pressuposto de que era necessário integrar o processo de envelhecimento global ao desenvolvimento econômico e social dos países através da implementação de estratégias políticas que conciliassem longevidade com desenvolvimento social. Considerar os problemas da população que envelhece dentro da estrutura de desenvolvimento de cada nação era fundamental para a implementação das estratégias do Plano, que considerou prioritária a atenção para os países com economia em transição, traçando pelo menos dois tipos de ação regionais: uma para a Europa e América do Norte e outra para Ásia e Pacífico (SIDORENKO e WALKER, 2004; CAMARANO e PASINATO, 2004).

O Plano se fundamentou em três direcionamentos prioritários:

- a) Participação ativa dos idosos na sociedade, ou “empoderamento” destes, partindo do pressuposto de que o envelhecimento deve significar acumulação de capital humano, social e econômico;

b) Fomento da saúde, bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável. Este princípio entende a necessidade de estímulo às políticas que promovam melhorias na saúde durante todo o ciclo de vida humano; para tal preconiza o acesso universal aos serviços de saúde pública e a consideração dos determinantes sociais, educacionais e econômicos como geradores de enfermidades incapacitantes. Este princípio também prevê a criação de programas para capacitação de profissionais para trabalhar com este segmento populacional;

c) Criação de um ambiente social favorável ao envelhecimento. Para que este princípio pudesse ser praticado, seriam necessárias políticas concebidas com base na colaboração entre Estado e sociedade civil que promovessem melhor interação intergeracional e proteção ambiental.

Abaixo, com a finalidade de proporcionar uma melhor visualização das prerrogativas dos dois Planos de ação internacionais, apresentamos um quadro comparativo entre ambos, desenvolvido por Sidorenko e Walker (2004).

**Quadro 2: Principais contrastes entre os dois planos de ação internacionais sobre o Envelhecimento.**

<b>Atributo</b>	<b>Plano de Viena (1982)</b>	<b>Plano de Madri (2002)</b>
Foco	Pessoas idosas em países economicamente e demograficamente avançados	População e indivíduos idosos em países em desenvolvimento e em transição econômica.
Prioridade Geral	Questões humanitárias	Questões desenvolvimentistas
Significância	Envelhecimento identificado como questão significativa	Convocado para a inclusão do envelhecimento na agenda internacional de desenvolvimento
Escopo	62 recomendações em sete áreas de interesse de indivíduos idosos	239 recomendações relacionando 18 questões prioritárias.

Fonte: Sidorenko, A, Walker, A. Ageing and Society, n.24,p.147-64,2004.

#### 4.2 OS DESDOBRAMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE ENVELHECIMENTO

No âmbito da América Latina, podemos dizer que o Brasil é pioneiro no processo de implementação de uma política que, em alguma medida, incorpora a questão do envelhecimento populacional. Na qualidade de signatário do documento de compromisso para implementação do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, que teve como uma de suas conclusões a necessidade de conscientização dos países de incorporarem em suas agendas políticas propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável, o Brasil passa a incluir essa temática em seus encaminhamentos políticos.

Entretanto, por força de grupos políticos e associações científicas a temática do envelhecimento já havia surgido no cenário nacional, em 1961, com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que visava “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia” ([www.sbgg.com.br](http://www.sbgg.com.br))

Em 1974 ocorre a primeira ação direcionada a assistência a pessoa idosa através da Portaria 82, de 04 de julho do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que além de realizar ações de prevenção nos centros sociais do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), instituiu a internação custodial de idosos(as) aposentados e/ou pensionistas que apresentassem “desgaste físico e mental” que comprometessem sua autonomia e que não dispusessem de recursos próprios e amparo familiar. Neste mesmo ano, a Lei nº. 6179/74 cria as aposentadorias para trabalhadores rurais com mais de 65 anos e a renda mensal vitalícia (RMV) destinada aos “idosos necessitados e portadores de deficiência” (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Em 1976 o governo federal, através do então Ministro da Previdência e Assistência Social Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, promove três seminários Regionais nos Estados de São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza a fim de realizar um “diagnóstico” da velhice no Brasil e a partir daí, traçar as linhas básicas para uma política de assistência e promoção social do idoso. Como resultado desses Seminários, foi gerado um documento intitulado “Políticas para a 3ª idade: diretrizes básicas”. Editado pelo MPAS, tal documento apresentava propostas para uma política social para a população idosa, cujos principais encaminhamentos sugeriam as seguintes necessidades:

- implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, a manutenção do idoso na família;

- revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos;

- criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;

- revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;

- formação de recursos humanos para o atendimento de idosos;

- coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev) em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (RODRIGUES, 2001; CAMARANO e PASINATO, 2004).

O que de imediato nos chama atenção nestas diretrizes básicas é a biopolítica de governo para a “gestão da velhice” através do encaminhamento de diversas tecnologias que permitam a administração da mesma como: controle estatístico sobre a “situação do idoso”, criação de serviços médicos especializados, formação de recursos humanos e, a manutenção do (a) idoso(a) na família. Esta

estratégia de governamentalidade do envelhecimento vai permitir a mudança do paradigma político do asilamento na velhice.

O tema “envelhecimento” se fortalece no âmbito social com a criação em 1985 da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), entidade técnico-científica dedicada à investigação e prática científica em ações de atenção a pessoa idosa, cujo principal objetivo é o de

“desenvolver constante ação política e técnica junto aos órgãos públicos, a entidades privadas e à comunidade em geral, reivindicando sua atenção e audiência para que os idosos possam expressar com dignidade suas reais necessidades e reivindicando, ainda, a adoção de medidas minimizadoras de seus problemas”<sup>12</sup>.

Entretanto, em termos de políticas públicas no Brasil, o importante avanço foi dado com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 com a garantia de medidas de amparo e proteção à pessoa idosa através de seus artigos 14, 40, 201, 229 e 230. Já na CF é possível identificar algumas orientações decorrentes da Assembléia de Viena como a desvinculação do conceito de seguridade social de um contexto especificamente social-trabalhista e assistencialista adquirindo uma conotação de direito de cidadania.

O fortalecimento da perspectiva de “direitos e cidadania” na velhice se institui na década seguinte com a aprovação da Lei nº 8.842/94, (4 de janeiro de 1994), regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso (CNI). Para a implantação da Política Nacional do Idoso – PNI foram criados “Fóruns” nas cinco regiões do país, configurando-se em espaços de reivindicações das questões relacionadas com os direitos da pessoa idosa. Porém, fatores como ausência de divulgação da PNI nos meios de comunicação de massa; falta de financiamento adequado; escassez de dados estatísticos para o desenvolvimento das ações de governo e a inexistência de banco de dados constituíram dificuldades para a implementação da PNI, como também o reduzido número de pessoas

---

<sup>12</sup> <http://ang-rj.sites.uol.com.br/home.html>



idosas mobilizadas para participação nos fóruns e debates ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm)).

A Lei, logo em seu art. 2, inciso I, vai especificar a idade cronológica como o parâmetro que insere o sujeito na categoria “idoso(a)”, qual seja, todo indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos. Para a biopolítica de governo da população a importância de delimitar a idade a partir da qual a pessoa passa a ser considerada idosa, deve-se ao fato de as políticas sociais e de saúde serem dirigidas, em sua maioria, a grupos etários específicos, como criança, adolescente e idoso/a. Tal estratégia visa o desenvolvimento de técnicas e dispositivos específicos para os grupos, segundo a função a desempenhar tais como: controlar, vigiar, curar, ensinar, etc. garantindo ao Estado os saberes necessários para a otimização da sua governamentalidade. Assim, a delimitação de idoso e não-idoso é meramente política (CARDOSO Jr, 2002).

A PNI assume como paradigma, o envelhecimento nos moldes preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), qual seja o do “envelhecimento ativo”, não focado na doença, com a ampla participação dos (as) idosos(as) nas tomadas de decisão da sociedade, em sua participação nas atividades familiares e nos conselhos e reuniões que podem definir seu futuro. Portanto, temos o estabelecimento de uma política que trata a velhice e o processo do envelhecimento em termos considerados “progressistas”, na medida em que além de negar a associação entre idade e doença, objetiva assegurar os “direitos sociais” do idoso através de incentivo a promoção da autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade (CAMARANO, 1999).

Nesse contexto, o tratamento adotado para as questões dos (as) idosos(as) considera a orientação final do Plano Viena para que as sociedades adotem um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento, entendendo a pessoa idosa como: a) um sujeito de direito e de cidadania, sendo responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurá-lo em toda a sua abrangência; b)

como um ser total, necessitando ser atendido em todas as dimensões do ser humano; c) como sujeito de relação, não devendo, portanto, sofrer discriminação e marginalização de qualquer natureza, com a conseqüente perda dos vínculos relacionais; d) e finalmente como sujeito único, devendo ser assim reconhecido pelos programas e serviços, públicos ou privados (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Cabe destacar que, por ser uma lei abrangente que pretende garantir proteção a um segmento específico da população, ela sofre de um problema peculiar às leis gerais e amplas, falta-lhe “força” para a aplicabilidade dos direitos, medidas e ações previstas. O fato é que, no Brasil, como já mencionado, a questão do envelhecimento veio somar-se a uma gama de outras questões não-resolvidas, como por exemplo, a pobreza, analfabetismo e desigualdades sociais. O aumento em torno de 700% no número de pessoas idosas, em aproximadamente 40 anos, incorporou ao já carente panorama social do país uma maior demanda por serviços públicos, em especial os de saúde.

No âmbito das Políticas Públicas, tais demandas se traduziram em desafios como o de assegurar um desenvolvimento econômico e social contínuo assim como acesso aos recursos, direitos e responsabilidades sociais. A ênfase na prevenção, mesmo que tardia, tem sido a tônica preponderante, nas Políticas Públicas direcionadas à população idosa no Brasil sendo possível identificar dois fatores prevalentes em seus encaminhamentos. O primeiro deles é a formulação de políticas constituídas de “benefícios”, de serviços, de programas e de projetos visando à melhoria das condições de vida da população idosa, e um segundo que é a difícil implementação das mesmas na vida cotidiana da população.

Assim, com o intuito declarado de reforçar a importância, garantir direitos de cidadania e proteger os idosos de quaisquer formas de discriminação, o Programa Nacional de Direitos Humanos, em março de 1996, passou a incorporar a referida Lei. Em 1997, o Ministro da Previdência e Assistência Social consolidou parcerias, para editar o

Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG - PNI).

Em 1999, no Brasil, o comitê organizador do Ano Internacional do Idoso contou com a participação de organizações governamentais e não-governamentais como o SESC, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), o SESI, a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Pastoral da Terceira Idade. O Comitê visava também a definição de ações sistemáticas de proteção a pessoa idosa como a assinatura do Pacto de Combate à Violência Intra-familiar contra o Idoso, uma promoção do Ministério da Justiça. Durante todo o ano de 1999 aconteceram várias atividades relacionadas com a área do Idoso sob a responsabilidade de cada órgão que compunha o Comitê, culminando com a realização de um grande seminário em Brasília, intitulado "Perspectiva para uma Sociedade que Envelhece", no período de 27 a 30 de setembro (GOLDMAN, 2000).

Um dos desdobramentos deste seminário foi a aprovação, em novembro de 1999, em Brasília, da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), destacando a importância de uma adequada assistência à pessoa idosa e objetivando a implementação de novas estratégias capazes de reduzir os elevados custos para o sistema de saúde, que se vê obrigado a dispor no cuidado desse segmento da população.

Entretanto, os direitos das pessoas idosas, garantidos na PNI de 1994 ainda necessitavam de regulamentação. Desde 1997 o então Deputado Federal pelo Estado do Rio Grande do Sul, Paulo Paim, havia elaborado uma proposta de Projeto de Lei de Estatuto do Idoso, em conjunto com representantes de entidades de aposentado, mas tal proposta levou seis anos tramitando no Congresso Nacional até ser finalmente aprovada, com alterações, em 1º de outubro de 2003. Todavia, o Estatuto do Idoso, através da Lei Nº 10.741 só entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004, delineado da seguinte forma:

1) Princípios: que seriam as orientações gerais sobre valores humanos do Estatuto;

2) Diretrizes: entendidas como direcionamentos do estatuto para construção de ações dos direitos dos idosos;

3) Preceitos: as regras que orientam as obrigações, possibilidades e formas corretas de agir;

4) Política de Atendimento: entendida como o conjunto articulado de decisões e ações dos órgãos públicos e das organizações civis que pretende garantir concretamente os direitos declarados no Estatuto;

5) Sistema de Garantias: formado pelo conjunto de órgãos públicos responsáveis pela efetivação dos Direitos dos(as) Idosos(as); integrado pelo Conselho do Idoso, Ministério Público, Poder Judiciário, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), SOS Idos, Sistema Único de Saúde (SUS), Vigilância em Saúde e Defensoria Pública.

6) Sanções: principais penalidades e infrações previstas no Estatuto. (SAUT et al, 2005)

De acordo com Paz (2006), não há dúvidas quanto à importância do Estatuto como o instrumento jurídico mais completo para a cidadania da pessoa idosa. Entretanto, mesmo sendo reconhecido nacional e internacionalmente como um avanço legal de caráter progressista, a consolidação do Estatuto do Idoso ainda está longe de ser garantida. Para este autor, as dificuldades de operacionalização das Políticas Públicas brasileiras revelam a insuficiência tanto dos recursos financeiros, quanto dos humanos e institucionais, aliados a uma atitude omissa e/ou pouco engajada da população. Revelam também a orientação política neoliberal que privilegia a área econômica em detrimento da social. Já Mendonça (1997) vai ressaltar que o termo “pública” associado à política não indica ação específica ou exclusiva do Estado, explicando que ela é assim denominada por significar que é algo de todos, do povo, e, por isso, apresenta-se como espaço de atuação onde, além do Estado, a sociedade passa a ter responsabilidade, poder decisório e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo.

Esse embate sobre quais seriam as reais esferas que atuariam como impeditivos ou limitadores para a operacionalização das políticas públicas, ou melhor, a quem devemos responsabilizar pela ineficácia ou dificuldades em “fazer valer” na prática, as leis e decisões governamentais são importantes pontos de tensão presentes nos discursos de alguns autores. Para Foucault (2008c, p.145)

“essa governamentalidade que é ao mesmo tempo exterior e interior ao Estado, já que são as táticas de governo que, a cada instante, permitem definir o que deve ser do âmbito do Estado e o que não deve, o que é público e o que é privado, o que é estatal e o que é não-estatal”,

constituem de fato “táticas gerais da governamentalidade” que vão garantir a sobrevivência do Estado.

#### 4.3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

As Políticas Públicas brasileiras são setoriais, ou seja, tratam dos temas sociais por setores de abrangência da seguinte forma: previdenciária e de assistência (políticas de renda), de saúde (políticas de saúde), de cuidados de longa permanência (políticas de assistência social) e integração social (políticas de educação, meio ambiente, desenvolvimento social). Para Santiago (2008), a estrutura política de normas e leis da contemporaneidade vem, cada vez mais, legislando sobre “tudo que concerne à vida dos cidadãos”. E, a qualquer momento “novas normas e regulamentações poderão ser sempre acrescentadas”.

Em relação às políticas de saúde para a pessoa idosa instituídas no Brasil a partir de 1999, faz-se necessário ao menos dois esclarecimentos. O primeiro é que, historicamente, a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro. Ela sempre foi deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes, em termos de repercussão econômica ou social, é que elas

passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando, aparentemente, seus índices ficam mais baixos. Um exemplo clássico e atual desse fato é o recrudescimento das doenças reemergentes, como dengue e febre amarela no país. Em segundo lugar, é importante entender a forma como está, na atualidade, organizado o sistema de saúde brasileiro.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito universal e integral à saúde foi conquistado. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, reafirmou este direito social e dispôs sobre as condições para promover, proteger e recuperar a saúde da população, assim como sobre a organização e funcionamento dos serviços a ela correspondente. As diretrizes traçadas tiveram três metas: a) descentralizar as ações e serviços em uma única direção em cada esfera do governo, b) garantir a integralidade no atendimento, priorizando as atividades de prevenção e c) estimular a ativa participação da comunidade como mecanismo de controle desse sistema. ([www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm))

No atual sistema de saúde brasileiro é possível identificar três formas de oferta de serviço à população: através dos serviços prestados pelo SUS; através dos planos de saúde privados pré-pagos por pessoas físicas ou jurídicas e pela contratação direta dos serviços pelos indivíduos.

Na prática, o que tem prevalecido são dois modelos de assistência: um coberto pelo sistema privado de saúde que atende os setores mais favorecidos e outro vinculado aos setores economicamente menos favorecidos dependentes exclusivamente do sistema público de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que a política pública de saúde brasileira tem apresentado importantes avanços relativos ao paradigma de atendimento, que se desloca de um modelo especializado e centrado na hospitalização para um atendimento mais generalista, humanista e voltado para a atenção

primária ou básica. O grande marco para esta mudança paradigmática se apóia na adoção, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e evoluiu para o Programa de Saúde das Famílias (PSF) em 1994.

O modelo do PSF inovou no atendimento básico de saúde pública ao incorporar em sua equipe além dos agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. O programa se propõe a prestar uma atenção à saúde integral e contínua, enfocando a prevenção e reduzindo os possíveis riscos de hospitalização e, conseqüentemente, os custos para o sistema público com a saúde. Vale ressaltar que a saúde da pessoa idosa foi integrada ao PSF, hoje denominada Estratégia de Saúde da Família, através de medidas que visam à identificação precoce dos agravos de saúde e intervenção para reabilitação, segundo regulamentação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ocorrida em 2006.

#### **4.3.1 A Política Nacional de Saúde do Idoso**

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) surge no cenário nacional, em novembro de 1999, constando do anexo da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS) e sendo dela integrante, como mais um instrumento de implementação de novas estratégias para a população idosa, com a finalidade primeira de reduzir os elevados custos que o sistema nacional de saúde se vê obrigado a dispor para o cuidado desse segmento populacional.

As estatísticas apontadas pelo referido documento, com base nos dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1997, mostravam a proporcionalidade dos gastos nas várias faixas etárias. O documento destacava que, na época, o custo médio mensal para o atendimento de saúde no segmento de 0 – 14 anos girava em torno de R\$ 238,67; no segmento de 15 – 59 anos em torno de R\$ 233,87 e entre os indivíduos de 60 anos ou mais esse valor subia para R\$ 334,73. Alertava, pois, que o segmento “idoso” vinha “consumindo” muito mais recursos do sistema de saúde sem, contudo, obter reais benefícios de tais atendimentos (BRASIL, 1999).

Assim, a PNSI, partindo do conceito de “capacidade funcional”, entendida como a capacidade de manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para a vida independente e autônoma, procurou instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, estimulando ações preventivas, assistenciais e de reabilitação. Para tal, definiu “diretrizes essenciais” norteadoras das ações no setor saúde:

**1- promoção do envelhecimento saudável:** desenvolvimento de ações que orientem tanto os (as) idosos(as) como as pessoas em processo de envelhecimento sobre a importância da adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, para a melhoria de suas habilidades funcionais, além de orientação aos idosos e familiares quanto aos riscos ambientais de quedas;

**2- manutenção da capacidade funcional:** ações que visam prevenir perdas funcionais em dois níveis específicos. O primeiro na prevenção de agravos à saúde, através de medidas como imunização dos idosos contra influenza, pneumonia pneumocócica e tétano; e o segundo através do reforço de ações visando à detecção precoce de enfermidades não-transmissíveis ou potenciais, com a introdução de novas medidas, como a antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos para situações de risco de quedas, alteração de humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal, prevenção de deficiências nutricionais, avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social;

**3- assistência às necessidades de saúde do idoso,** extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial a assistência será embasada na consulta geriátrica com uso de escalas de rastreamento para a depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o encaminhamento correto para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. Na assistência hospitalar, a idade e o estado funcional serão indicadores no estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Idosos classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo



enquadrado no conceito de vulnerabilidade. A assistência domiciliar constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, pois é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições, terá as mesmas características da assistência domiciliar. A implantação do hospital-dia geriátrico deverá ser estimulada, e terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica não justifique a permanência em hospital;

**4- reabilitação da capacidade funcional comprometida** com foco especial na reabilitação precoce;

**5- capacitação de recursos humanos especializados**, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo;

**6- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais**, através de orientação prestada pelos profissionais de saúde às pessoas que estão no cuidado diário de idosos dependentes;

**7- apoio a estudos e pesquisas** privilegiando quatro principais eixos temáticos: estudo de perfil do idoso nas diferentes regiões do país; estudos de avaliação de capacidade funcional, prevenção de doenças e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento; estudos de modelos de cuidado no acompanhamento e avaliação das intervenções e, por último, estudos sobre hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, diferentes alternativas de assistência e formas de articulação de informações básicas para todos os profissionais sobre a geriatria e gerontologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A entrada em cena da PNSI marca um importante deslocamento do interesse biopolítico pelo sujeito longevo que não mais se centra especificamente na perspectiva de direitos e exercício de cidadania e passa a focar mais especificamente na “saúde” física do sujeito idoso. Tal deslocamento inclusive se materializa na nomenclatura da própria política que passa a inserir o termo saúde em

seu título. O entendimento deste foco na saúde se torna compreensível quando se considera que importantes questões sociais como desigualdade na distribuição de renda e de acesso aos serviços básicos de saúde ao longo da trajetória de vida dos sujeitos, construíram, no Brasil, um cenário de envelhecimento patológico e frágil. Um outro fator importante é a própria lógica neoliberal que entende o sujeito como capital humano do Estado. Assim sendo, no governo desta velhice, dispositivos e estruturas precisam ser incentivados para a melhoria deste capital humano. E as políticas se voltam a isso fazendo circular um discurso pautado na manutenção de capacidade funcional e promotor de saúde, com investimento na produção de conhecimentos, desenvolvimento de cuidados informais e capacitação de recursos humanos. Deste modo, as políticas passam a definir os contornos de ação e “as escolhas, as decisões, as condutas, os comportamentos”, dos sujeitos passam a ser tratados como acontecimentos a serem regulados (LAZZARATO, 2008).

#### **4.3.2 A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**

Em outubro de 2006 a PNSI foi revisada e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) através da Portaria GM/MS n. 2.528/2006, objetivando readequar os princípios da política nacional de saúde do idoso no âmbito do SUS, considerando questões como: o acelerado e contínuo processo de envelhecimento populacional brasileiro; o cenário da população idosa nacional, caracterizado pela presença “de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social”; o conceito mais amplo de saúde que considera mais as condições de autonomia e independência da pessoa idosa do que propriamente a presença ou não de doenças e os compromissos assumidos pelo país com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002.

A estratégia do governo federal para atender a estas finalidades foi deslocar para a Atenção Básica o atendimento de saúde à pessoa idosa, buscando desta maneira suprir o atendimento deficiente e “ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à

Saúde do Idoso” destacando a importância da “equipe de saúde da família” neste serviço. Neste mesmo ano, em fevereiro, já havia sido publicado o documento que indicava as diretrizes do Pacto pela Saúde do SUS, que contempla o Pacto pela Vida (Portaria GM/MS 399/2006). Este documento elenca a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS federal, estadual e municipal, indicando como meta final “uma atenção à saúde adequada e digna para as pessoas idosas”. (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528>).

Assim, a PNSPI tem como sua principal finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência” das pessoas idosas, buscando o “envelhecimento ativo” e funcional como mecanismo reinserção das potencialidades da pessoa idosa no cenário nacional. O relatório *Healthy People 2000*, divulgado pela OMS, serviu de base para as diretrizes norteadoras das ações da PNSPI que são as seguintes:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável: ou seja, mantendo a capacidade funcional e autonomia é possível aumentar os anos de vida saudável, através do incentivo a responsabilidade pessoal consigo mesmo, do incentivo a solidariedade intergeracional e da adoção de “posturas práticas saudáveis em todas as fases da vida” A OMS preconiza como “envelhecimento ativo” o exercício da cidadania, a valorização da vida em comunidade, participação social e bem estar físico, social e mental.

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa: por integral entende-se uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, considerando a interação entre os fatores físicos, sociais e emocionais e ambientais na saúde dessas pessoas; e integrada é como deverá ser estruturada a linha de cuidados com foco no usuário, baseado em seus direitos, necessidades, preferências e habilidades, aumentando e propiciando o acesso a todos os níveis de atenção.

c) estímulo às Ações Intersetoriais, visando à integralidade da atenção: o que pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais para o trabalho com os (as) idosos (as).

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa: indica que deverá haver uma definição das formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para o aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde da pessoa idosa, valorizando o cuidado humanizado, através de pacto de gestão tripartite, entre governo federal, estadual e municípios.

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social: além de estimular a inclusão de temas relacionados à atenção aos idosos (as) nas Conferências de Saúde, tanto no âmbito Municipal quanto Estadual, entende-se a necessidade de estimular a participação da pessoa idosa nestes eventos, garantindo assim o exercício de uma velhice cidadã a estas pessoas.

f) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS: com isto pretende-se, dentre outras coisas, não só incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS, mas também “promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral”.

g) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa: promover deste modo fomento a experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, “no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisa”.

h) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas: em especial as que envolvam avaliação e aprimoramento da atenção à

saúde da pessoa idosa, com o objetivo de socializar, divulgar, embasar novas investigações, criar um banco de dados nacional de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa e identificar e divulgar linhas de financiamento governamentais ou não-governamentais, para pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa<sup>13</sup>.

Fica evidenciada, nesta PNSPI, que o corpo e a subjetividade dos sujeitos constituem alvos privilegiados de ação biopolítica quando o texto contrapõe opções entre a liberdade (autonomia) dos sujeitos e atitudes consideradas saudáveis. São incentivadas ações em prol de um corpo apto, que envelhece de forma ágil, funcional e saudável. Estimula-se nos sujeitos o compromisso com o cuidado e zelo de sua própria vida no sentido de buscarem atitudes que garantam o prolongamento saudável da existência. Ao assumir o paradigma discursivo do “envelhecimento ativo”, não focado na doença, a PNSPI propõe “um novo olhar” para este grupo, não mais calcado na doença, mas na funcionalidade dessas pessoas. No dizer do Coordenador de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, José Luiz Telles, não querer sair de casa, não é “coisa normal de velho” e tal comportamento precisa ser investigado e tratado para evitar “complicadores maiores no futuro” (<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/53/06.html>).

Como enfatizam Castiel e Diaz (2007), “o bem supremo é o prolongamento da vida em termos estritos de longevidade”, para tal, a vida passa a ser regulada e controlada em uma arena de negociações de ordem tecnocientífica-empresarial. Esta perspectiva de necessidade de regulação e administração dessa vida, ou do corpo do sujeito idoso se materializa nas diretrizes da PNSPI com a explicitação de termos como “controle social” ou “aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde”.

A longevidade inserida nessa nova ordem econômica neoliberal, passa a ser vista e tratada como mercadoria, materializada

---

<sup>13</sup> LOUVISON, 2009; [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

em um corpo, cuja “durabilidade” ou “prazo de validade” pode ser “estendida”, “ampliada”, reconfigurada de forma que a potência desses corpos seja plenamente desenvolvida e útil a esta nova “saúde pública” a partir de práticas individualistas promotoras de saúde.

#### 4.4 BIOPOLÍTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

*Os governos não têm que se preocupar com os indivíduos; ou melhor, eles apenas têm que se preocupar com os indivíduos quando eles apresentam algum interesse para essa finalidade: o que eles fazem, sua vida, sua morte, sua atividade, sua conduta individual, seu trabalho, e assim por diante. Eu diria que, nesse tipo de análise das relações entre o indivíduo e o Estado, o indivíduo interessa ao Estado unicamente quando ele pode fazer alguma coisa pelo poderio do Estado”. (Michel Foucault)*

Originalmente o termo Promoção da Saúde (PS)<sup>14</sup> surge associado à saúde pública, mais especificamente à medicina. Contudo, foi a necessidade de controle dos altos custos, decorrente do moderno modelo de assistência médica curativa de alta tecnologia desenvolvido nos países industrializados, que fez emergir discussões sobre ações de saúde que pudessem resgatar o modelo médico social prevalente no século XIX.

Há mais de 50 anos que os epidemiologistas e profissionais outros responsáveis pelas ações políticas de saúde, sabiam que a Inglaterra e o País de Gales, ainda no século XIX, haviam conseguido reduzir as altas taxas de mortalidade ao adotar medidas como controle de natalidade, melhorias nutricionais e ambientais (saneamento). Sabiam também que tais ações tiveram papel mais preponderante na

---

<sup>14</sup> O termo, segundo Buss (2003), é utilizado em 1920 por Winslow ao definir a saúde pública. Afirma que a promoção da saúde deveria ser um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas e programas educativos para que a população melhorasse suas condições de saúde pessoal e coletiva. Em 1945, o historiador médico Sigerist, utiliza o termo promoção de saúde definindo aquelas que seriam as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e a reabilitação.

redução da mortalidade do que as imunizações e antibioticoterapias (BUSS, 2003).

Entretanto, foi somente na década de 70 que os países de “primeiro mundo” começaram a questionar os ineficientes e ineficazes sistemas de saúde que possuíam. Assim, com o objetivo de superar a abordagem biomédica até então utilizada, cuja orientação estava centrada especificamente no controle das enfermidades através do uso de medicamentos, alguns movimentos mundiais se articulam.

Em pronunciamento na Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 1974, seu então diretor-geral Halfdan Mahler afirma: “para vencer a dramática falta de médicos no mundo inteiro, é indispensável aproveitar todo o pessoal disponível, as parteiras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros” (MERCADANTE, 1996, p.78). Esta afirmação se traduzia em uma constatação da impossibilidade dos governos em oferecer assistência médica-sanitária a toda população. A única saída, financeiramente viável para o “setor saúde”, seria conseguir desenvolver técnicas simples e de baixo custo que pudessem ser aplicáveis pelos próprios membros da comunidade e que garantissem melhores condições de saúde à população.

Aproveitando o movimento de abertura iniciado pela China Nacionalista, a OMS promove missões de observação de especialistas ocidentais aos “cuidados da saúde” lá realizados numa abordagem médico-social, que rompe com a conhecida abordagem biomédica ocidental. O relato das primeiras missões (1973-1974) indica a realização de ações coletivas e individuais, desenvolvidas pelos “Comitês Comuns” desde 1965, que envolvia todos os segmentos da população desde os mais letrados aos mais comuns dos cidadãos. Tais ações incluíam: organização da comunidade local, atenção aos anciãos (mais além da assistência do Estado), promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras, ajuda às escolas e serviços em geral, organização do povo para cuidar da saúde ambiental, realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas

medicinal. Além disso, eram promovidas campanhas de saúde visando substituir velhos costumes, mobilizando a comunidade nos movimentos de massa contra as “quatro pestes”, na limpeza das casas e locais públicos, uso de água potável, construção de unidades rurais de saúde, dentre outros. Todas estas ações tinham a orientação dos chamados “médicos descalços”. (FERREIRA e BUSS, 2002).

A OMS pretendia, a partir dos relatórios, publicar um livro que expusesse aquela bem sucedida abordagem médico-social chinesa, entretanto, aquele país negou a autorização argumentando que suas experiências necessitavam de mais comprovação e desenvolvimento para serem divulgadas. Porém, a observação que havia sido realizada, por si só, possibilitou o aproveitamento daquelas novas idéias e abordagens – facilmente identificadas na proposta de “atenção primária de saúde” adotada por todos os países do mundo.

Concomitantemente, desenvolve-se no Canadá o movimento de “Promoção à Saúde”, a partir da divulgação do relatório de discussão sobre a situação de saúde daquele país, em maio de 1974, denominado *The new perspective for the Health of Canadians*, conhecido como *Relatório Lalonde*, nome do então Ministro da Saúde canadense. O Relatório objetivava oferecer uma nova orientação para o planejamento estratégico em saúde definindo prioridades a partir de novas fórmulas, preconizando que as ações de saúde deveriam ter como objetivo principal garantir qualidade de vida de indivíduos e coletivos e para tal seria necessário não só adicionar anos a vida, mas, sobretudo, vida aos anos (FERREIRA e BUSS, 2002).

O relatório também introduz o importante conceito de “Campo da Saúde”, entendido como um “conjunto de práticas e saberes” capazes de influenciar a saúde, mas que vão além dos serviços de saúde. Este conceito destaca o papel de quatro grandes grupos na determinação do processo saúde-doença: a biologia humana, o meio ambiente (natural e social), estilos de vida (comportamento individual) e organização dos serviços de saúde ou atenção sanitária (DERNTL e WATANABE, 2005).



Como desdobramento deste movimento de Promoção da Saúde iniciado no Canadá, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América, em 1979 publica um “Informe” adotando esse referencial em seus serviços. Contudo, este processo se dá em uma concepção diferente da original. O Informe americano diferenciava a PS da prevenção de enfermidades, gerando uma confusão conceitual. Caracterizava a PS por ações dirigidas às mudanças no estilo de vida das pessoas e a prevenção, especificamente, como proteção dos agravos em saúde. Tal dicotomia conceitual propiciou interpretações variadas entre os outros países, sobre qual seria, de fato, o papel da PS. Conforme esclarecem Derntl e Watanabe (2005), para alguns, a PS abrangia a totalidade das ações de saúde; para outros, era sinônimo de prevenção e para o Relatório Lalonde a prevenção permanecia como campo subordinado à promoção da saúde. A situação fica mais complexa a partir da Carta de Otawa, documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá que passou a incorporar novos elementos conceituais a concepção da PS.

A Carta de Otawa, como documento referência da PS, não só especificou as “bases” da PS como definiu uma “agenda” para as ações que deveriam ser fomentadas, constituindo-se em uma importante ferramenta para a concretização das mesmas. Neste documento a promoção é definida como um “processo” destinado a:

“capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, incrementar sua saúde (...), devendo para isto um indivíduo ou grupo ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou controlar o ambiente” (Brasil, 2002a:19).

Para tal, propõe atuação em cinco áreas estratégicas: elaborar e implementar políticas públicas saudáveis; criar “entornos” favoráveis à saúde (físicos e sociais); fortalecer a ação comunitária (*empowerment*); desenvolver “habilidades pessoais” de vida e reorientar os serviços de saúde (BUSS, 2003).

No Brasil, os discursos sobre o tema “Promoção da Saúde” caracterizaram-se por discutir as relações entre saúde e sociedade, identificando os processos econômicos e políticos desenvolvidos no país como sendo a “origem dos perfis epidemiológicos complexos” que criaram situações de intensa desigualdade.

O entendimento, desenvolvido a partir da Carta de Otawa, de que a saúde tem determinações que vão além das biológicas e genéticas, como as sociais, econômicas, políticas e culturais, fez com que a PS passasse a ser entendida como responsabilidade tanto da população organizada, como de atores de outros setores sociais, não necessariamente da área da saúde.

Segundo “As Cartas da Promoção da Saúde” publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 2002, as proposições da PS visam manter e melhorar os níveis de saúde, sendo definida conforme preconizado na Carta de Otawa

Na atualidade, a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006 MS/GM), veio ratificar o entendimento de que os pressupostos que orientam as escolhas tidas como “saudáveis” pelos sujeitos e grupos sociais, é determinante para o encaminhamento das práticas sanitárias e de saúde. A incorporação da dimensão subjetiva na percepção da saúde, assim como de conceitos como risco, vulnerabilidade e vigilância tornaram-se essenciais para uma reflexão crítica sobre esses desafios contemporâneos das práticas de saúde.

Lupton (*apud* Castiel, 2007) vai destacar que o termo Promoção da Saúde ao ser inserido em um contexto de “gestão racional das populações”, através de atividades específicas cujas metas visam estimular o que denomina de “saúde positiva” desenvolve discursos focados em preceitos como: prevenir o surgimento ou o recrudescimento de doenças; desenvolver indicadores de desempenho; fazer circular (através das diversas mídias) modelos de comportamentos ou estilos de vida considerados saudáveis; estimular trabalhos comunitários na perspectiva da participação colaborativa e responsabilidade coletiva no desenvolvimento de ambientes saudáveis.

Todas as metas têm como finalidade a redução dos gastos públicos com a assistência à saúde.

No campo da geriatria, o paradigma da Promoção da Saúde também põe em destaque o “estilo de vida” adotado pelo grupo populacional idoso (a), valorizando comportamentos de auto-cuidado e focalizando a “capacidade funcional” como um novo conceito de saúde do (a) idoso(a). Os pressupostos da PS no Brasil foram incorporados pela PNSPI no sentido de orientar as ações de atenção a saúde da pessoa idosa, ajustando-as as especificidades brasileiras do envelhecimento. É possível identificar um estímulo às ações de *empowerment* ou processo de capacitar, fortalecer os indivíduos e comunidades, através de discursos que abordam a importância do auto-cuidado, da autonomia e independência. Tal perspectiva retira, cada vez mais, a responsabilidade do Estado de cuidar da saúde da população e delega aos sujeitos e grupos sociais específicos, mais e mais, a tarefa de cuidarem de si mesmos (BUSS, 2003).

#### 4.5 AS CONSTRUÇÕES DISCURSIVAS DO RISCO E A GESTÃO BIOPOLÍTICA DA SAÚDE

Neste processo de subjetivação da pessoa idosa e da população sobre envelhecimento saudável e qualidade de vida o tema “risco” tem se tornado frequente tanto na literatura especializada, quanto nas falas do senso comum, através de múltiplos usos. Devido a sua polissemia, o termo abrange uma infinidade de domínios como o econômico, financeiro, médico, desportivo, rodoviário, psicológico, tecnológico, biotecnológico e o social, permitindo vários entendimentos. Na velhice, as associações entre o conceito de risco e maus-tratos são freqüentemente incluídas no espaço semântico da noção de “idosos em perigo”. Em qualquer caso, é possível verificar que a noção de risco está vinculada ao desconhecido, indeterminado ou ambíguo, gerador de dúvidas e ativador de inseguranças (BERNSTEIN, 1996).

O domínio do risco é considerado o divisor, a fronteira entre os tempos modernos e o passado. A idéia de risco surge na sociedade moderna nos sécs. XVI e XVII. A noção de risco serviria para designar, numa lógica de jogo, a probabilidade de um evento ocorrer, juntamente com as perdas e ganhos advindos de tal fato. No século XX, pensadores como Ulrich Beck e sua “sociedade de risco”, Niklas Luhmann e sua “sociologia do risco” e Anthony Giddens e seus “riscos de grande conseqüência” iniciam um debate sobre o “risco” e as incertezas da chamada era pós-moderna ou da modernidade tardia. (STOCKINGER, 1997)

Nos dias de hoje, os discursos sobre o risco adquiriram “popularidade” e a idéia de risco, de algum modo, foi incorporada nas vidas das pessoas. Coletivamente parece haver como uma atmosfera de ameaça sobre todos possível de ser concretizada a qualquer momento caso não levemos em consideração os preceitos e recomendações da prevenção em saúde (CASTIEL, 1996).

Atualmente, a abordagem individual é hegemônica em pesquisas e campanhas sobre comportamentos de risco. Segundo esta lógica, o indivíduo devidamente informado (ênfatizando o aspecto cognitivo) será capaz de escolher, de muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos (ênfatizando a escolha racional).

A percepção social do risco se dá a partir de diversos fatores, dentre eles o grau de escolaridade e fatores qualitativos como temor, o caráter controlável dos acontecimentos, a incerteza, amplitude dos danos. Significa dizer que as percepções de risco vão diferir segundo aspectos sócio-culturais que contemplam idade, gênero, renda, grupo social, ocupação, interesses, valores, conseqüências pessoais, fatores esses que não podem ser negligenciados nas pesquisas, intervenções e diretrizes de educação em saúde.

Briceño-Léon (1998), introduz a Cultura como ferramenta para estudos sobre o risco, na medida em que esta fundamenta as interpretações dos sujeitos sobre a realidade, assim como estabelece a forma como estes atuam e se comportam diante de situações

reconhecidamente vinculadas a danos ou prejudiciais. Assim, o modo como as pessoas simbolicamente se apropriam das situações em que vivem determina a qualidade das intervenções que realizam nesse mundo.

A gestão dos riscos, na atualidade, segundo Spink (2001), integra cinco campos estratégicos: os seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental direta, a auto-regulação e a comunicação sobre riscos. Esta última se desenvolve através das mais diferentes mídias, na medida em que a participação pública passou a ser elemento imprescindível para o controle social dos riscos.

Em Foucault (2008b), se na a sociedade disciplinar o que estava em foco era a gestão da vida individualizada, nas sociedades liberal e neoliberal, dos biopoderes, o foco se volta para a gestão dos corpos coletivos e individuais, para o governo do corpo-espécie, cuja estratégia de governo implica, dentre outras coisas, o aperfeiçoamento e uso da informação. Nessa perspectiva, a gestão dos riscos, no âmbito comunicacional, tem papel fundamental no governo do homem econômico. As diversas configurações de risco divulgadas (saúde, sexo, envelhecimento, herança genética, alimentação, trânsito, violência urbana, etc.) movimentam um importante setor da economia responsável por ofertar/comercializar produtos de proteção/prevenção aos riscos. Entretanto, conforme nos informa Castiel (1996), na qualidade de “entidade probabilística”, o risco não permite “que as previsões dos agravos sejam certas, imediatas, indiscutíveis”, havendo sempre a possibilidade de “ocorrerem imponderabilidades incontroláveis”.

Mesmo assim, os discursos biopolíticos que a temática “risco” movimenta na contemporaneidade conseguem subjetivar os modos de organização de vida dos sujeitos em direção a um parâmetro existencial comedido, prudente, autocontrolado e sem excessos. Tais parâmetros incidem sobre os modos como passam a ser valoradas as rotinas de vida das pessoas (sedentárias, desregradadas, irregulares)

associando-as a “fraqueza de caráter” ou “pecado”, em busca do que Castiel e Diaz (2007), denominam de “moralização dos estilos arriscados de vida”.

#### 4.6 OS DISCURSOS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

O discurso médico sobre a saúde na velhice com ênfase no risco e na responsabilidade pessoal também estabelece parâmetros morais, onde os (as) idosos(as) que não procuram uma existência livre dos riscos são vistos como “novos desviantes”, irresponsáveis e incapazes de bem cuidar de si mesmos. Além disso, são vistos como “maus-exemplos” e não cumpridores de “seus deveres de cidadão autônomo e responsável”, na medida em que contribuem para onerar os gastos do Estado com o sistema de saúde (ORTEGA, 2002, p. 157).

Foucault (2008,c) esclarece que a arte de governar ocidental possui uma racionalidade própria, onde o Estado é, “ao mesmo tempo seu princípio e seu objetivo, seu fundamento e sua meta”. Assim, é a integridade do Estado, o acabamento do Estado, o fortalecimento do Estado que “deve estar no fim da operacionalização da arte de governar (p.389).

Deste modo, a arte de governar consiste em manipular, manter, distribuir, restabelecer relações de força entre vários campos. Para isto, esta arte necessita produzir discursos de verdade, discursos que irão instaurar nas consciências das pessoas não só “um certo número de crenças verdadeiras ou falsas”, mas também irão intervir de maneira tal que a “opinião delas seja modificada, e com a opinião delas, a maneira delas agirem, seu comportamento como sujeitos econômicos, seu comportamento como sujeitos políticos. É todo esse trabalho com a opinião do público que vai ser um dos aspectos da política da verdade na razão de Estado” (*Ibid*, p.367).

Nesta perspectiva, a ênfase nos discursos sobre “autonomia individual” ou manutenção da “capacidade funcional” encontrada nas políticas públicas para a “pessoa idosa” vincula-se diretamente à necessidade do governo em reduzir seus custos e eliminar seu caráter

“assistencialista” construído ao longo de décadas. Ao deslocar para o indivíduo a responsabilidade por sua saúde, o Estado não só reduz o nível de pressão ou exigência para os serviços públicos de saúde como também silencia sobre sua responsabilidade social na oferta e garantia de serviços públicos como saneamento básico, assistência médica adequada, melhor distribuição de renda, educação, calçamento de ruas e oferta de emprego.

O discurso de valorização da autonomia da pessoa idosa deposita nela a responsabilidade por sua saúde. Cabe somente ao idoso (a) desenvolver hábitos de vida que garantam uma longevidade mais saudável, através de escolhas positivas de vida. Os (as) idosos (as) da atualidade, preconizados nos discursos biopolíticos, devem ser saudáveis, engajados, dinâmicos, sexualmente ativos, “joviais”, produtivos, autoconfiantes, úteis, atualizados, integrados. Os declínios decorrentes da idade passam a ser referidos biopoliticamente não mais como doenças ou sob uma ótica patologicista, mas sim como “*déficits*” e, tal deslocamento discursivo desenvolve uma noção de aproveitamento social, na medida em que os *déficits* permitem as biopolíticas ajustes e compensações sociais que as doenças impedem e afastam (ORTEGA, 2002).

Neste movimento, o que se observa é a implementação de estratégias que visam diluir a política em políticas particulares voltadas para grupos específicos, cuja consequência pode ser a desarticulação do sujeito cidadão, com uma inclinação a “modelar” “opiniões corretas”, noções coletivas de grupos como a questão dos idosos, dos negros, dos homossexuais, dos sem terra, dos jovens.

Ao dar relevância à autonomia, funcionalidade e independência, a biopolítica do envelhecimento faz uso de discursos sobre fragilidade, vulnerabilidade, *empowerment*, que atuam subjetivamente formando sujeitos preocupados com suas escolhas comportamentais, estilos de vida, que se autocontrolam, autovigiam produzindo, assim, sujeitos idosos “de ação”. Ao mesmo tempo, a “velhice” (re)significada como “melhor idade”, conectada a valores

mercadológicos de juventude, passa a ser incentivada a utilizar técnicas de cuidado corporal como mecanismo para “disfarçar”, “esconder” ou “mascarar” a aparência da idade.

Na contemporaneidade globalizada, cuja ordem econômica se apóia na competitividade, no empreendedorismo e no consumo, somos constantemente convocados a realizar escolhas diante de várias opções. Nesta ótica, o estilo de vida pode ser descrito como práticas individuais voltadas para necessidades utilitárias que conformam narrativas identitárias. As escolhas “falam” sobre o sujeito, não só de como ele age, mas principalmente sobre quem ele é, localizando-o em um determinado lugar social (ORTEGA, 2002; CASTIEL e DIAZ, 2007).

Para a biopolítica da saúde da pessoa idosa interessa identificar no interior do “estilo de vida de cada um” quais escolhas individuais (indesejáveis ao Estado) estão sendo tomadas, produzindo repercussões nos padrões de adoecimento. Se a rigor as escolhas e opções perpassam múltiplos campos de “possibilidades”, como as: culturais, econômicas, sociais e psíquicas, os discursos biopolíticos do envelhecimento saudável ignoram as discrepâncias e diversidades nos modos de viver da população, que inviabilizam tal projeto de opção por comportamentos saudáveis.

Castiel e Diaz (2007) referem que os conceitos de “autonomia” e “estilo de vida” são inadequados e inviáveis em “contextos de miséria e aplicados a grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexistem. Muitas pessoas não escolhem o estilo de vida que levam. Na verdade, não há opções disponíveis, apenas estratégias possíveis de sobrevivência”. Estes mesmos autores lembram ainda da polissemia e relativismo que o termo autonomia adquire na medida em que o mesmo engloba noções de privacidade, vontade, auto-suficiência, autocontrole, liberdade de escolha e autogoverno e; alerta para a necessidade de distinguir “autonomia” em termos de pessoa e de ações; em termos de graus e condições de autonomia como: “intencionalidade, compreensão, ausência de controles externos” (p.87).



Para o Estado, dirimir os comprometimentos para a qualidade de vida das pessoas idosas, freqüentemente acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), deve ser o objetivo dos profissionais de saúde que atuam para a promoção do envelhecimento saudável. Assim, os fatores que influenciam e/ou determinam um envelhecimento saudável, com uma boa capacidade funcional e os fatores que aumentam o risco de incapacidade são questões a serem respondidas por pesquisas que incluam a população idosa residente em cada comunidade.

A partir deste entendimento, o foco de estudos produzidos pela ciência no âmbito acadêmico ou dos relatórios publicados por órgãos de controle governamental, para Promoção da Saúde da pessoa idosa, tem sido as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e seus comportamentos associados, identificados como fatores de risco. Os dados produzidos vêm sendo utilizados pelos governos na elaboração de programas que visam “combater os efeitos dos comportamentos de risco” que favorecem o surgimento de doenças crônicas que atingem idosos (as) como: diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC) dentre outros.

Essa tecnologia do biopoder contínua, científica, centrada no direito de intervir para “fazer” viver e no “como” viver, promove a estatização da vida, através da consolidação desses novos valores: longevidade, vitalidade, capacidade funcional, qualidade de vida, constituindo-se numa biopolítica específica da saúde. Este novo cenário traça os passos que a população deve seguir para uma “vida saudável”, através de estratégias informativas e de convencimento.

Assim, alimentar-se bem passa a ser (re)significado como adoção de uma “dieta balanceada”, com preferências pelos alimentos pouco calóricos, sem açúcar refinado e sem colesterol, introduzindo uma pequena taça de vinho às refeições para benefício da vida das artérias; quanto às práticas sexuais estas precisam ser “seguras”, ou seja, com uso de preservativo e com parceiros fixos, como forma de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (em especial a AIDS);

no cotidiano da “vida saudável” a prática de exercícios regulares, com abolição do tabaco passa a ser exigência não apenas estética, mas de garantia de longevidade saudável e por fim, identifica-se também uma ressignificação das atividades lúdicas, esportivas, religiosas como “práticas de saúde” (SOARES, 2006).

## 5. DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO

A Educação ocidental moderna não se reduz a um momento normatizado e regulado, restrito apenas ao contexto formal de sala de aula. Entendemos que a mesma ocorre em uma pluralidade de contextos sociais e está vinculada à escolarização da população desde o início século XVIII. Historicamente tem assumido uma variedade de formas (religiosa, tradicional, liberal, socialista, progressista, construtivista, crítica, popular, dentre outras) e instituído uma multiplicidade de discursos baseados em pressupostos teóricos e em práticas que necessitam ser consideradas quando se pretende analisar a constituição dos saberes e dos sujeitos (DEACON & PARKER, 1994).

No Brasil a implementação de uma estrutura educacional, ainda bastante rudimentar, foi constituída a partir do século XVI com os jesuítas – aportados aqui em 1549, juntamente com o primeiro Governador Geral, Tomé de Souza – que criaram as primeiras escolas, cuja finalidade específica era difundir os ideais católicos, através da catequização dos índios e mamelucos e promover a instrução dos gentios. Neste primeiro momento, o IV Concílio de Trento, ocorrido em 1546, havia redefinido o papel da Igreja católica como “comunidade de fé, magistério e autoridade”, reafirmando a tradição da pastoral cristã que preconizava a necessidade da mediação do clero nos ritos e cerimônias religiosas, no governo, na instrução das almas, no poder de santificá-las, etc. Assim, no Brasil colônia, o saber religioso legitimava e norteava as práticas educativas, cujo principal foco de interesse era o fortalecimento dos ideais religiosos cristãos. A transformação deste cenário se dá com a Reforma Pombalina, em 1759, que decreta a expulsão dos jesuítas de todo território português, continental, insular e ultramarino e implanta um novo plano educacional laico, visando à modernização no ensino das elites, calcada na ciência europeia. A expulsão dos jesuítas de Portugal e de todos os seus domínios, além de encerrar 210 anos de completo controle e domínio do saber religioso

sobre a educação, também destrói completamente toda a organização educacional até então existente no Brasil (HANSEN, 2000, p.20).

A chegada da Corte portuguesa ao Brasil, em 1808, imprime novos rumos ao processo educacional. Como sede provisória do império, D. João VI procurou alterar a imagem da colônia – conhecida na Europa como território onde imperavam as pragas e a escravidão – implementando mudanças na administração pública, tanto no âmbito da saúde quanto na educação. Devido às condições sanitárias extremamente precárias existentes no Brasil colônia, os surtos de doenças como o “mal das bexigas” ou a varíola, a malária, a cólera, a febre amarela e a peste bubônica assolavam o país. Com isso, o comércio marítimo internacional começava a recusar atracar seus navios nos portos brasileiros e esta questão força o imperador a adotar medidas emergenciais a fim de reverter tal quadro, garantindo a manutenção do comércio e a conseqüente ordem econômica. Assim, por ordem de D. João VI as primeiras instituições de ensino superior são criadas, destinadas a formarem médicos e profissionais especializados para atender as demandas de saúde da corte e, para dar conta da saúde da população, foi formada a Junta de Higiene Pública. A Imperial Academia de Medicina é criada e passa a servir de órgão consultivo do imperador nas questões de saúde pública nacional, também surgem as Academias da Marinha e a Militar e a Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (1815). Vale destacar que educação do povo, com estudos primários e médios, permanece esquecida, durante todo esse período colonial (BERTOLLI FILHO, 1999).

Enquanto isso, na França, o final do século XVIII traz novos modos de organização social calcados nas relações comerciais. Do ponto de vista econômico, a crescente implantação de fábricas e oficinas promove o desenvolvimento das cidades que passam a se constituir em locais de comércio e de produção atraindo para seus centros um grande número de pessoas interessadas em trabalhar e comercializar seus produtos. Esse rápido processo de urbanização traz consigo problemas graves como ausência de estrutura sanitária nas

residências para os dejetos humanos que passam a ser despejados nas ruas; falta de água potável; ausência de sistema de coleta de lixo com a conseqüente proliferação de ratos e com eles a peste bubônica e o desenvolvimento de doenças e epidemias outras e, com isso, o aumento no número de mortos empilhados nos cemitérios. Diante desse cenário, a Medicina Social surge como principal suporte a problemática sanitária, onde médicos e governantes passam a implementar medidas intervencionistas de controle sanitário como a quarentena<sup>15</sup>. Segundo Sabóia (2003), o modelo médico vigente nesta época calcado na visão miasmática – segundo a qual a origem das doenças era atribuída a elementos do meio ambiente – influenciou na estrutura de obras públicas para abrir avenidas e alargar ruas a fim de garantir uma melhor circulação do ar e com isso prevenir a disseminação das doenças.

No Brasil, o que poderia ser chamado de uma “pedagogia higiênica” embrionária surge na segunda metade do século XIX, com a finalidade de “europeizar e higienizar” os costumes das famílias pertencentes à elite brasileira. Deste modo, enquanto buscava-se modificar o perfil sanitário da família colonial não havia ainda nenhum modelo de ação organizado ou estruturado direcionado a população periférica e geral. A esse grupo populacional apenas eram dirigidas ações de coerção policial ou segregação higiênica nas prisões, quando as sujeiras das ruas ou dos seus quintais eram considerados focos de doenças (SILVA e col, 2007).

Foucault (1999) caracteriza o século XVIII como o século do disciplinamento dos saberes, ou seja, o período no qual o saber médico foi selecionado, normalizado, hierarquizado e centralizado. Conforme esclarece o filósofo, este disciplinamento do saber médico ocorreu através de critérios que classificaram e identificaram os saberes em “falso saber” ou o não-saber; através de uma centralização desses

---

<sup>15</sup> De acordo com o que discute Foucault em sua obra *Microfísica do Poder* (p.88) o esquema da quarentena, instituído para o controle e vigilância dos corpos infectados com a lepra ou a peste visava limitar ou mesmo impedir pela reclusão o movimento e o trânsito das pessoas pelas vias públicas.

saberes, organização de cada saber como disciplina e da sua hierarquização “numa espécie de campo global ou de disciplina global a que chamam precisamente a ‘ciência’”(p.218).

A importância do conceito de disciplina em Foucault é destacada por permitir, em sua ambigüidade conceitual, que o termo seja abordado tanto na ordem do saber – ao instituir e controlar a produção de novos discursos – quanto na ordem do poder como conjunto de técnicas de um certo exercício de poder. Assim, os discursos que vão se estabelecendo neste momento histórico consolidam não só um certo tipo de entendimento sobre “costume higiênico”, mas também ensinam a disciplinar os corpos e as vontades (GALLO, 2006, CASTRO, 2009).

No dizer de Castro (2009), o poder disciplinar em Foucault é positivo, produtivo e gerador de individualidade, na medida em que tem por objetivo os corpos na eficácia dos seus movimentos, a fim de aumentar sua força econômica e, ao mesmo tempo, reduzir sua força política. Para tal vai desenvolver estratégias e técnicas de distribuição espacial dos corpos, de controle de atividades, uso do tempo e de vigilância.

No Brasil republicano, fortemente influenciado pelo modelo político positivista americano, a proposta de solução dos problemas de saúde incorpora modelos tecnológicos de saúde como “saneamento e segregação de doentes, como mais uma estratégia de viabilizar o funcionamento da economia, nos moldes capitalistas” (SABÓIA, 2003, p.55). As medidas e intervenções específicas de educação em saúde para as classes populares só são adotadas quando a intensidade das epidemias de febre amarela, varíola e peste começam a interferir no comércio cafeeiro, visto que vários navios mercantes estrangeiros, com medo das doenças, começaram a se negar a fazer escala no Brasil, indo aportar na Argentina.

## 5.1 OS SABERES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Considera-se que, historicamente, a Educação em Saúde, como um saber sistematizado surge no Brasil no início do século XX. Esta considerava a existência da doença como decorrente das ações cotidianas dos sujeitos, devendo-se assim desenvolver nas comunidades modelos comportamentais saudáveis, tais como ações corretas de higiene corporal, ambiental e alimentar, sendo estes preceitos e comportamentos cotidianos, suficientes por si para sanar as doenças.

Nesse processo consideramos importante destacar duas características: uma que as ações “educativas” para a saúde, inicialmente instituídas, eram realizadas a partir de treinamento com o público feminino, historicamente considerado responsável pelo cuidado da família, apesar de a escolarização das mulheres ser considerada, naquele momento histórico, desnecessária no desempenho das tarefas domésticas; a segunda característica é a inadequação ou dicotomia que havia entre a cultura popular e a preconizada pelos “doutores” da saúde, gerando um grande conflito entre a informação técnica e as convicções sócio-culturais da população em geral (PORTELLA, 1998) .

Naquele início de século, o princípio miasmático, até então prevalente como causa dos adoecimentos, é substituído pelo modelo bacteriológico de saúde que identifica um “agente biológico” como o responsável pelo adoecimento. O país ainda se faz conhecer no exterior por seus graves problemas sociais, por uma economia atrasada, baseada principalmente na agricultura cafeeira, com quase 80% da população em idade escolar analfabeta e onde as doenças urbanas infecto-contagiosas, como tuberculose, febre amarela, diarreia infantil dentre outras, ainda são extremamente prevalentes. Neste cenário, as ações governamentais começam cada vez mais a fortalecer as vinculações entre a Educação e a Saúde, através da implementação de projetos, considerados inovadores, cuja estratégia se volta especificamente para as questões sanitárias (SILVA e col, 2007, SABÓIA, 2003).

Nesta perspectiva, o projeto educacional em saúde foi inserido como instrumento capaz de “ensinar as pessoas” o que elas deveriam fazer e evitar para manter a saúde e, nos espaços escolares, as rotinas incluíam a investigação dos estados de limpeza e higiene dos corpos, das roupas e das casas. Pois, até este momento a ignorância e a falta de informação da população eram consideradas as principais causas das doenças, sendo a população vista como única responsável pelos “males de saúde” que atingiam as cidades. Para educar esse grupo eram distribuídos folhetos chamados “Conselhos ao Povo” que continham informações sobre como as pessoas deveriam agir para evitar as doenças (SILVA e col, 2007).

Na década de 1913 é criado o projeto de “escola ideal” que comparava o funcionamento da instituição escolar ao corpo humano. Com esta metáfora de escola como um “corpo” a projeção dos prédios deveria prever: uma boa estrutura de “respiração” para a escola através de dispositivos de circulação de ar (corredores amplos e janelas); uma adequada capacidade de “enxergar” através de bons dispositivos de iluminação; a escola também deveria ter um funcionamento “digestivo” através de estruturas que garantissem fins adequados aos dejetos ali produzidos e ter também uma boa “mobilidade” a partir dos espaços destinados a atividade física. A escola também desenvolve e interioriza noções de ordem (separando seus alunos por classe, por sexo e faixa etária) e asseio através de preceitos e indicações registradas em murais ou nas paredes. Essa escola “organismo” detalha atividades pedagógicas, controla, organiza, regula, disciplina a “pobreza no corpo, na mente, nos gestos e nos sentimentos” dos seus alunos (NUNES, 2000, p.385).

Gadelha (2009) comenta que a partir do momento que a escola passa a ser considerada a principal instituição de socialização sua influência passa a ser decisiva no funcionamento da instituição familiar e os saberes que externos que ela passa a acolher

“por referência modelar para a organização e racionalização do trabalho pedagógico-formativo (no tempo e no espaço), operando cotidianamente com uma série de ações



(adestramento do corpo, vigilância hierárquica, sanção normalizadora, exame, etc.) sobre ações possíveis de um sem número de indivíduos, a escola talvez constitua um dos lugares mais exemplares e um veículo, por excelência, de normalização disciplinar” (p.178)

No interior das escolas públicas neste período, as ações pedagógicas voltadas para a higienização e recuperação da saúde também separava os alunos por comportamento e rendimento escolar. Os mais “aplicados” passavam a constituir o “pelotão pela higiene”, identificados por uma faixa com uma cruz vermelha presa no braço. Ao pelotão cabia “a vigilância sobre o estado de limpeza do corpo, da roupa, dos modos dos seus colegas” assim como distribuir e cobrar dos outros alunos tarefas higiênicas a serem cumpridas. Uma delas era a distribuição aos alunos de uma ficha onde constavam quesitos que deveriam ser assinalados quando cumpridos. Ressaltava-se a importância de que as fichas fossem respondidas de forma “verdadeira”, sem mentiras. Dentre os itens constava: 1- lavei as mãos e o rosto ao acordar; 2- penteei os cabelos e limpei as unhas; 3- fiz ginástica ao ar livre; 4- fiz uma evacuação intestinal, lavando depois as mãos com água e sabão; 5- escovei os dentes. Além da higiene as fichas também buscavam regular o comportamento “moral” dos alunos solicitando informações do tipo: Não beijei nem me deixei beijar ou não menti nem brincando (idem, p.385). Assim, a preocupação disciplinar estava presente todo tempo, fosse no controle do uso do tempo e do espaço escolar, nas atividades pedagógicas e principalmente no controle do comportamento dos alunos (HANSEN, 2000).

Conforme esclarece Foucault (2008c), a disciplina normaliza. Primeiramente, diz ele, a disciplina decompõe – indivíduos, lugares, tempos, gestos, atos, operações – em elementos de tal forma que seja possível percebê-los e modificá-los e em seguida classifica esses elementos em função de objetivos determinados. Assim, por exemplo, “quais são as crianças mais aptas para obter determinados resultados?”. Num terceiro momento, a disciplina estabelece as melhores sequências, coordenações, distribuições, p.ex., “como encadear os gestos uns aos outros? Como distribuir as crianças

escolarizadas em hierarquias e dentro de classificações?”. Após esta etapa, a disciplina “estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes e os outros”, ou seja, constrói-se um modelo “ótimo” em função de um resultado pretendido e o processo de normalização disciplinar visa conformar as pessoas, os gestos, os atos, ao modelo criado que considerará normais aqueles capazes de se adequar e anormais os que não forem capazes (ibid, p.75)

Também é importante lembrar que para Foucault (1999), os três modelos de exercício de poder, o soberano, o disciplinar e o biopoder, não são excludentes, mas complementares entre si. Se no âmbito do poder soberano as tecnologias disciplinares se constituíram como forma de “domar” os corpos dos indivíduos – e é importante lembrar que a noção moderna de sujeito é resultado de exercícios de poder, de tecnologias, de disciplinamento centrados no corpo individual, com procedimentos que asseguravam sua distribuição espacial, organização e aumento de força útil – a entrada do século XIX institui uma nova tecnologia de poder que se aplica não mais ao corpo do homem, mas aos “processos de conjunto” próprios da vida da população como nascimento, morte, produção, doença, etc. denominada “biopolítica da espécie humana”. O biopoder permitirá o exercício sobre o corpo político denominado “população”, possibilitando assim, a governamentalidade dos povos (GALLO, 2006).

Deste modo, podemos pensar que os ideais da modernidade, presentes nas políticas dos anos 20 e 30, nas obras públicas que construía avenidas, nos bondes elétricos, nas artes, no processo de industrialização crescente, também produziam suas mazelas e se constituía em desafios biopolíticos. A aceleração da urbanização se dava junto com o aumento da pobreza, da migração e fragmentação da escola pública de base, ou escolas primárias que atendiam a população geral. Conforme relata Nunes (2000), o processo de hierarquização social atravessa as moradias, as escolas, o transporte, o lazer.

“As más condições de funcionamento dos prédios escolares castigavam os alunos, vítimas das doenças que atingiam indistintamente uns e outros, embora os mais sofridos, como os filhos dos trabalhadores (imigrantes, migrantes e negros) a elas sucumbissem mais depressa” (p.381).

Neste período os debates de intelectuais e educadores passa a entender a escola como o principal alvo para “disciplinar a pobreza no corpo, na mente, nos gestos e nos sentimentos”. Para estes seria necessário redistribuir de forma “regrada” e adequada a população nos espaços de moradia e trabalho.

A fundação do Ministério da Educação e Saúde – MES, na década de 30, devido ao processo político revolucionário, inaugura uma política mais centralizadora e reestrutura o Departamento Nacional de Saúde transformando o "*Serviço de Propaganda e Educação Sanitária*" em "*Serviço Nacional de Educação Sanitária*". O objetivo desta ação era o de convencer a população a mudar seus hábitos, considerados anti-higiênicos e disseminadores de doenças infecto-contagiosa (LEVY *et al*, 2002).

Os resultados obtidos nesse processo não foram muito favoráveis e ao menos três importantes situações nesse contexto podem ser identificadas. A primeira delas é que as ações “educativas” eram realizadas com o público feminino, historicamente responsável pelo cuidado da família, lembrando que a escolarização das mulheres era considerada, naquele momento, desnecessária no desempenho das tarefas domésticas; a segunda característica é a inadequação ou dicotomia entre a cultura popular e a dos “doutores” da saúde, gerando um grande conflito entre a informação técnica e as convicções sócio-culturais daquele grupo social e, por fim, a natureza de suas ações de divulgação, baseadas em folhetos, panfletos, catálogos, cartazes e notas na imprensa nacional. Somente a partir de 1938, os altos índices de analfabetismo (60%) da população foram considerados e as mensagens higienistas passaram a ser divulgadas também nas rádios e os cartazes e folhetos passam a ser elaborados com ilustrações coloridas e técnicas de comunicação que permitiam a compreensão de seu conteúdo mesmo pelos iletrados (LEVY *et al*, 2002).

Ainda neste período, as idéias eugênicas (bastante difundidas pelo fascismo e nazismo) que associavam a “qualidade racial” da população às causas das doenças que acometiam os brasileiros em todo país, eram passadas à população juntamente com os conselhos sanitários. Eram comuns as mensagens que afirmavam ser o Brasil um país atrasado por conta da inferioridade racial de boa parte da população (BERTOLLI FILHO, 1999).

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), inicia-se uma alteração nas atividades da educação sanitária, que passa a capacitar professoras da rede pública de ensino para atuar como “agentes educacionais de saúde”. Neste período também são iniciados os trabalhos com grupos da comunidade como de gestantes e de adolescentes; entretanto, em tais atividades não há articulação entre o saber educacional e o médico para a produção de resultados nos programas de educação em saúde que o Ministério e as Secretarias de Saúde desenvolviam. As ações ainda se caracterizavam pela verticalidade, centralização e assistencialismo (MACHADO, 1997).

As primeiras idéias de Educação Popular, baseadas no pensamento de Paulo Freire, que afirma ser a Educação sempre um ato político que não se resume na reprodução do sistema vigente, começam a influenciar alguns trabalhos na área da saúde, calcados nas idéias de conscientização e libertação. Entretanto, o Golpe Militar de 1964 interrompe toda e qualquer ação desenvolvimentista e inovadora. Somente com o fim do regime militar em 1985 algumas ações localizadas, desenvolvidas por grupos específicos, são identificadas, não refletindo, porém as políticas públicas institucionais adotadas.

A partir da década de 1990 os estudos de educação em Saúde voltam a ganhar força no país. Entretanto, Candeias (1996) identifica que em vários estudos os termos educação em saúde e promoção em saúde são utilizados como sinônimos e esta confusão conceitual influenciou sobremaneira na qualidade das discussões técnicas, relativas às intervenções sociais na área de saúde pública. Para essa

autora, conhecer o significado destes conceitos constituiria o primeiro passo para uma compreensão clara dos objetivos, abrangência e propósitos além de possibilitar distinguir tipos de programas, de atividades e de procedimentos, que caracterizam suas propostas, na medida em que, ambos os processos procuram contribuir para o desenvolvimento de melhores níveis de saúde da população.

O que se observa, nos estudos sobre a prática de educação em saúde conforme relatado por Candeias (1996), são ações técnicas que visam à organização educacional de programas que se desenvolvem em quatro ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade (entendida como local de populações-alvo que não se encontram nos outros locais).

A partir de um trabalho patrocinado pelo *U.S. Centers for Disease Control* (Delineamento do Papel Profissional dos Educadores de Saúde), nos Estados Unidos e outro, realizado no Brasil (O Papel Profissional dos Educadores de Saúde das Secretarias da Saúde do Estado e da Prefeitura de São Paulo), patrocinado pela OPAS/OMS, a referida autora identifica o fator “desencadear mudanças de *comportamento individual*, como o principal elemento da prática da educação em saúde”. Aponta o esquema de planejamento proposto por Green e Kreuter, denominado PRECEDE e baseado no processo *aqui-agora* como “o mais amplamente aplicado em várias partes do mundo” nas atividades de Educação em Saúde.

No registro de descritores da base de dados BIREME, a Educação em Saúde é especificada como “um campo que objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual, como coletivamente” (registro nº28480/Identificador D006266). Neste enfoque, a educação em saúde prescinde de outras considerações desde que seu objetivo primeiro seja alcançado, qual seja desenvolver a noção de responsabilidade de saúde nos sujeitos.

Em trabalho realizado com profissionais da área de saúde, onde analisa as suas demandas, L'Abbate (1996) define Educação em Saúde como um “campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”. A autora identificou a demanda dos profissionais pela área da Educação em Saúde em duas direções: uma voltada para a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas (através da necessidade de apropriação de técnicas em trabalho de grupo) e a segunda, para o desenvolvimento do papel profissional.

Em 2005 o Ministério da Saúde elaborou e publicou juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Departamento de Gestão da Educação na Saúde – um documento intitulado “A Escola que Produz Saúde”. A proposta visava envolver estudantes, trabalhadores da educação, comunidade escolar, órgãos governamentais de educação, gestores de sistemas de saúde e educação, movimentos sociais, associações, grupos, famílias e toda a população cujos objetivos seriam “fortalecer os modos participativos, democráticos e públicos de pensar e fazer educação em saúde na escola”, assim como “contribuir para que a comunidade escolar se sinta motivada a refletir sobre o significado de saúde e qualidade de vida e a discutir sobre as causas e possíveis soluções para os problemas existentes na escola e na comunidade”.

Para o governo esse projeto seria um mecanismo para incentivar a inclusão nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas de temas vinculados a saúde possibilitando assim que se identificasse como “o conhecimento e a cultura popular representam a saúde, a doença e os modos de cuidar”.

## 5.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Alguns documentos decorrentes das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que orientam as Políticas Públicas brasileiras conferiram destaque específico à Educação neste

processo de confluência desta com a Saúde. A Declaração de Alma-Ata resultante da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, indica a Educação como área que a Atenção Primária à Saúde necessita contemplar, especificando que os “cuidados primários de saúde” devem minimamente prever:

(...) educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico (...) (parágrafo VII, item 3).

A Declaração de Adelaide, de 1988, aponta para a importância de as instituições educacionais reorientarem seus currículos para as necessidades da “nova saúde pública” a fim de “melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública”.

Em 1991, a Declaração de Sundsvall alerta para a urgência de os países atingirem maior nível de justiça social em saúde, indicando que as ações “devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habitação, e desenvolvimento urbano”. Reconhece ainda a educação como direito básico e “elemento-chave” para ocorrerem mudanças políticas, econômicas e sociais, “necessárias para tornar a saúde possível para todos”. É possível relacionar tais indicações ao discurso bastante prevalente na atualidade que enfatiza a importância do desenvolvimento da cidadania e *empowerment* dos diversos grupos sociais.

A Declaração de Santafé de Bogotá decorre da Conferência que tratou, em especial, da saúde na América Latina em 1992. Esse documento além de apontar as especificidades das condições de saúde da América Latina, reforça a importância da participação ativa das pessoas para que ocorram mudanças sanitárias. Destaca o “repasse de informação e a promoção do conhecimento” como “valiosos instrumentos” para a mudança de estilos de vida nas comunidades. Aponta também para a necessidade de se “fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis”.

Há um tensionamento neste discurso, na medida em que a autonomia dos sujeitos ganha centralidade e, ao mesmo tempo, o ato educativo é postulado, de forma instrumental, em função da mudança de comportamento obtida através do “repasse de informação”.

Na Declaração de Jacarta de 1997,<sup>16</sup> a questão do envelhecimento demográfico mundial é ressaltada pela primeira vez, associada à prevalência de doenças crônicas e ao comportamento sedentário, requerendo “urgentes providências” para o desenvolvimento da promoção da Saúde.

Em 2005, consonante com o apelo da Declaração de Bangkok<sup>17</sup> no sentido de diminuir a distância entre discursos e práticas, o Ministério da Saúde definiu a “Agenda de Compromisso pela Saúde”, da qual destacamos “O Pacto em Defesa da Vida” por constituir o conjunto de ações sanitárias a serem priorizadas pela Federação, pelos Estados e pelos Municípios.

A vinculação entre saúde e atividade física, surge oficialmente no Brasil<sup>18</sup> pela primeira vez, nesse documento. Nele é enfatizada a necessidade de fortalecer e de qualificar a

---

<sup>16</sup> A Declaração de Jacarta se ocupou do tema saúde no século XXI e determinou, como pré-requisitos para a saúde, a existência de paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, o direito de voz das mulheres, a estabilidade do ecossistema, o uso sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito aos direitos humanos e a equidade.

<sup>17</sup> A Declaração de Bangkok se ocupou do tema Promoção da Saúde em um mundo Globalizado e buscou identificar ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da Promoção.

<sup>18</sup> Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento é resultado da II Assembléia Mundial do Envelhecimento, realizada em abril de 2002 em Madri, Espanha, e promovida pela ONU preconiza uma “Sociedade para Todas as Idades”. Para atingir este objetivo, o Plano contém três direcionamentos: 1) Idosos e Desenvolvimento; 2) Saúde avançada e bem-estar para a terceira idade e 3) Garantia de ambiente de capacitação e de apoio, com 18 questões prioritárias, 35 objetivos e 239 recomendações para a ação. No Direcionamento 2, o Tema I: Promoção da Saúde e do Bem-Estar durante toda a vida, item 66, tem como objetivo 1: “redução dos efeitos cumulativos dos fatores que aumentam o risco de sofrer doenças e, em consequência, a possível dependência na velhice.” Para tal propõe, como uma das medidas, “Concentrar as atividades de Promoção da Saúde, de educação sanitária, das políticas de prevenção e das campanhas de informação nos conhecidos e importantes riscos de uma dieta pouco saudável, da falta de atividade física e de outras formas de comportamento perniciosos para a saúde, como o hábito de fumar e o abuso do álcool” (item e).



“Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, no controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento”.

O texto aponta claramente para o comprometimento governamental com as ações de Educação em Saúde e dá relevância à atividade física como estratégia de Promoção à Saúde.

Na atualidade, esse entendimento sobre os pressupostos que orientam as escolhas tidas como “saudáveis” pelos sujeitos e pelos grupos sociais é determinante para o encaminhamento das práticas sanitárias e de saúde. A incorporação de outras dimensões na percepção da saúde – conhecimentos, valores e crenças – tornou-se essencial para uma reflexão crítica sobre os desafios contemporâneos das práticas de saúde e sobre a origem das dificuldades que surgem na operacionalização dos projetos.

Para que se promova efetivamente a saúde, é preciso que se avance para além da perspectiva biomédica, calcada na intervenção clínica, com ênfase na transformação do comportamento individual visto como o principal – quando não, o único – responsável pelo estado de saúde do indivíduo, para uma estratégia de mediação entre pessoas e ambiente, em que se torne possível combinar escolhas individuais com políticas públicas saudáveis.

São frequentes as simplificações que equiparam a Educação em Saúde à transmissão de informação em saúde, como quando políticos, administradores de serviços de saúde e médicos, entre outros(as), presumem que dizer às pessoas o que devem fazer para serem saudáveis é o mesmo que educar. Tal entendimento reducionista pressupõe um aprendizado instantâneo, através de processos unidirecionais de um polo que detém o conhecimento e informações para outro – o(a) educando(a) – destituído(a) de história, de saberes e de motivações.

A confusão conceitual que frequentemente utiliza os termos educação em saúde e promoção em saúde como sinônimos tem afetado a qualidade das discussões técnicas relativas às intervenções sociais

na área de saúde pública. Esclarecer tais significados seria pressuposto para a compreensão clara de seus objetivos, de sua abrangência e de seus propósitos e possibilitaria distinguir tipos de programas, de atividades e de procedimentos que caracterizam as respectivas propostas, visto que ambos procuram contribuir para o desenvolvimento de melhores níveis de saúde da população.

A compreensão da Educação em Saúde como o conjunto de todas as ações que determinam conhecimento, crenças e comportamentos dos indivíduos e da coletividade empresta maior produtividade a essa noção, na medida em que se assume que o fundamental não é identificar se tais “aprendizagens” se deram em espaço formal ou informal de educação, em contexto familiar, escolar ou social. O mais importante é entender a grande variedade de circunstâncias e de locais onde as influências sobre o comportamento individual e coletivo podem se dar, beneficiando-o ou não, mesmo que sem qualquer intenção específica para a saúde (DOWNIE, TANNAHILL, TANNAHILL, 1996).

Isso não implica desvalorizar os espaços formais de educação e as metodologias específicas desenvolvidas com o intuito de “facilitar” ou levar o indivíduo a “incorporar” ações voluntárias em direção à saúde. Contudo, aponta para a complexidade que envolve a Educação, enquanto processo: se quaisquer combinações de experiências podem levar à aprendizagem, importante será identificar os múltiplos determinantes do comportamento saudável, sejam eles programados ou acidentais (BUSS, 1999).

Partindo dessa concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a Promoção da Saúde passa a propor a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos públicos e privados, individuais e coletivos, para o enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes, tendo a Educação em Saúde como importante componente neste sistema.

Esses múltiplos discursos políticos e da promoção e educação em saúde instituem certas verdades sobre os indivíduos, que são

subjetivadas em relação a determinados estilos de vida e modos de cuidados de si.

## 6. DO CUIDADO DE SI AS BIOASCESES

O estudo da produção do sujeito em relação a si mesmo ou o chamado “o ser-consigo” é inaugurado por Foucault na última fase de seu trabalho descrito como “ética”<sup>19</sup>. O tema “cuidado de si” aparece na apresentação de seis seminários em 1982 na Universidade de Vermont, nos Estados Unidos, no desenvolvimento da idéia de governamentalidade. De acordo com Gallo (2006), o resultado destas apresentações seria publicado sob o título *The technologies of the self* em 1988, no qual o filósofo distingue os quatro principais tipos dessas tecnologias, a saber:

a) as tecnologias de produção que tratam do mundo da produção, da manipulação das coisas (Economia);

b) as tecnologias de sistemas de signos que tratam das linguagens (Linguística);

c) as tecnologias de poder que tratam das relações sociais, que produzem efeitos de objetivação do sujeito (Política);

d) as tecnologias de si que tratam de como o sujeito age sobre si mesmo, a chamada “educação de si” (Ética).

Estas quatro tecnologias apontam então para os modos como se estrutura a subjetivação indicando que a produção de sujeitos passa por aspectos econômicos, lingüísticos, políticos e éticos em diferentes momentos históricos.

Para tratar dos modos como o sujeito age sobre si mesmo, Foucault (1985) procurou traçar a história das “técnicas de si”, ou seja, das técnicas de subjetivação, recorrendo a dois princípios morais fundamentais que vigoravam na Antiguidade: a *epiméleia heautoû*<sup>20</sup>,

---

<sup>19</sup> O termo “Ética”, em Foucault, é utilizada tal como a entendiam os gregos, ou seja, se refere à relação consigo mesmo, a uma prática, um *éthos*, um modo de ser.

<sup>20</sup> O termo grego *epiméleia heautoû* ( em latim *cura sui*) é traduzido para o idioma português como “cuidado de si mesmo”. *Em alguns textos é substituído por epimesthai sautou ou ainda epimeleisthai sautou*, significando “ocupar-se de si mesmo”.(Gallo, Silvio. Cuidar de si e cuidar do outro:

que significa ocupar-se de si mesmo e o *gnôthi seautón*, o conhecer-se a si mesmo. Foucault promove uma análise sobre as transformações pela qual o termo “cuidado de si” passa em três momentos históricos específicos: o período socrático-platônico, onde há uma “forte articulação entre cuidar-se e conhecer-se”; o período que compreende o início da era cristã (séc. I e II A.D) quando o cuidado de si transforma-se em prática cotidiana e o período do cristianismo medieval (sec. IV e V A.D.) quando o cuidado de si passa a significar a renúncia de si em benefício de Deus.

No período socrático-platônico, a noção complexa e rica de *gnôthi seautón* configurava um dos importantes princípios das cidades, uma das principais “regras de conduta da vida social e pessoal” e era utilizada para indicar uma série de atitudes vinculadas ao cuidado de si mesmo. Ocupar-se consigo mesmo era pré-requisito básico para desenvolvimento de uma “arte da existência”, que exigia aprender sobre si, “conhecer-se”, para que o indivíduo, sendo capaz de tomar conta de si mesmo, pudesse dedicar-se aos outros, cuidar dos outros, conduzi-los (FOUCAULT, 1994).

Foucault (1994) recorre ao texto Alcebíades I de Platão, para buscar o entendimento do preceito *epiméleia heautoû*. Neste texto são apontadas as condições que determinavam o “para que” e os modos que deveriam ocorrer o cuidado de si, assim como de qual si dever-se-ia cuidar. Em Alcebíades, nos adverte o filósofo, o si não se atém ao corpo, “o si não é reduzível a uma vestimenta, a uma ferramenta ou a posses” e informa que este deve “ser procurado no princípio que permite utilizar tais ferramentas, um princípio que não pertence ao corpo, mas à alma”. E vai esclarecer que “inquieter-se com a alma” se constitui na principal atividade do cuidado de si, entretanto esclarece que, “o cuidado de si é o cuidado com a atividade, e não preocupação com a alma enquanto substância”. A partir deste entendimento, deveriam se ocupar de si os jovens destinados a exercer o poder –

para que este fosse bem exercido e a forma única para atingir o cuidado de si seria “conhecer a si próprio”. Deste modo, a *epiméleia heautoû*, se constituía, antes de tudo, em uma atitude pedagógica ligada ao exercício da política, indicando um modo peculiar de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo, para as ações que são exercidas de si para consigo e pelas quais nos assumimos, nos modificamos e nos transformamos.

Nas práticas pessoais e sociais do cuidado de si (*epiméleia heautoû*) o conhecimento de si (*gnôthi seautón*) ocupa um lugar considerável necessitando ser desenvolvido por todas as pessoas jovens preocupadas com sua educação. As práticas objetivavam a conversão a si a partir do princípio do bem, onde o “cuidado de si mesmo” supõe uma relação particular com a verdade e com o saber, mas também com a ação. “Não significa simplesmente estar interessado em si mesmo, nem implica uma certa tendência à auto-afeição e ao autofascínio”. São designadas *epimeléia*, por exemplo, as atividades do “dono da casa”, a tarefa do monarca de velar por seus súditos, os cuidados dedicados a um doente ou ferido pelo médico, as obrigações que se prestam aos deuses ou aos mortos. Um dos pontos mais importantes da atividade de cuidado de si é que ela não constitui um exercício de solidão, mas uma verdadeira prática social que pode ser identificada em estruturas mais ou menos institucionalizadas (FOUCAULT, 1995, p.268, *apud* RABINOW e DREYFUS).

Vale assinalar no decorrer dos chamados “tempos helenísticos” ou “tempos imperiais” o cuidado de si tornar-se-á o problema filosófico preponderante. Durante este período ocorre um importante deslocamento do “cuidado de si”, que deixa de ser uma arte de governo para se constituir numa arte de viver (*tekne tou biou*). Assim, o cuidado de si deixa de ter como finalidade o bem governar os outros, passando a visar o sujeito, ou seja, o “si mesmo”. Neste processo foi desenvolvida toda uma “arte” do conhecimento de si, de técnicas de cultivo da alma, que eram ensinadas, aperfeiçoadas e

desenvolvidas através de exercícios e procedimentos específicos como exame de consciência, reflexão, retiro, meditação, vindo a constituir-se na elaboração de um saber sobre o governo de si. Neste movimento, “cuidado de si” passa a ser ocupação para todos, de qualquer idade ou condição social – e não mais exclusivamente de jovens políticos, devendo constituir exercício de autoconhecimento e reflexão (GROS, 2006).

É importante destacar que neste período helenístico a cultura oral perde força e a escrita ganha importância, constituindo-se em uma das principais técnicas desse cuidado de si. Esta nova tecnologia representou uma importante ruptura cultural, posto que, cuidar de si passa a se constituir em algo a ser registrado constantemente, pois “o si é algo sobre o qual há assunto para escrever, um tema ou um objeto (um sujeito) da atividade da escrita” (FOUCAULT, 1994, p.7).

Nesta época, o registro gráfico dos pensamentos e impressões mais íntimas do indivíduo passa a ser incentivado, sendo as cartas e as *hypomnemata* as principais tecnologias utilizadas para este fim. As cartas permitiam a descrição da vida cotidiana entre amigos e os detalhes passam a constituir assunto a ser comentado. Já as *hypomnemata* eram cadernos de anotações pessoais, onde os indivíduos deveriam registrar graficamente “citações, fragmentos de trabalhos, exemplos, ações testemunhadas, descrições, reflexões” ou pontos de vista sobre situações que tinham sido ouvidas ou presenciadas. Deveria servir como um “suporte” para a administração de si mesmo. A idéia prevalente era a de que toda e qualquer habilidade técnica necessitaria ser exercitada, necessitaria de uma *askêsis*<sup>21</sup>, e a *hypomnemata* possibilitava reunir em um mesmo local, informações necessárias e dirigidas especificamente para o cuidado de si constituindo-se na “memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas – um tesouro acumulado para ser relido e para meditação

---

<sup>21</sup> A *askêsis* para os antigos significava um trabalho de constituição de si mesmo. Através de um conjunto de práticas o indivíduo poderia constituir-se, dotar-se de algo que não possuía, assimilar a verdade e transformá-la em um princípio de ação permanente (Castro, E. 2009).

posterior”. Contudo, é importante ressaltar que as *hypomnemata* não se caracterizavam em diários íntimos e não tinham como função descrever “experiências espirituais” como tentações ou lutas espirituais íntimas. Seu objetivo não era o de “revelar o oculto, nem de revelar o não-dito, mas, ao contrário, de reunir o já dito, de agrupar o que foi ouvido e lido” para a melhor constituição do eu (Foucault, 1995 p. 272 *apud* RABINOW e DREYFUS).

Se a cultura de si fez nascerem diferentes práticas foi somente nos primeiros séculos da era cristã que ocorrerá uma maior exploração da introspecção através da escrita – que passa a assumir um caráter de vigilância, de atenção maior aos detalhes e em especial ao estado da alma. A escrita neste período possui duplo caráter: desempenha o papel de um companheiro na solidão e torna conhecidos ao indivíduo seus próprios erros, fazendo suscitar o mesmo efeito de vergonha que uma confissão oral desencadearia. Além da escrita o treinamento de si também incluía abstinências, memorizações, exames de consciência, meditações, renúncia, provação, silêncio e escuta do outro. O cuidado de si, neste período além de caracterizar-se como uma maneira de viver, possuía um caráter de “revelar-se”. Contudo, tais técnicas e práticas ainda não possuíam a intenção de atuar como mecanismo de vigilância com vistas à sanção e à punição, conforme tais práticas se caracterizaram no contexto do cristianismo medieval e renascentista (WAIN, 2008).

O cristianismo também vai inaugurar um novo modo de compreensão da finalidade da vida, pois na condição de “religião de salvação” ele assume como preceito básico “conduzir o indivíduo de uma realidade a outra”, da vida terrena mortal e impura à vida imortal e pura da eternidade celeste. Entretanto, apesar de ser a salvação “uma operação que o sujeito deve realizar sobre si mesmo” este processo não pode ser concretizado sem ajuda, ou seja, o sujeito por si só não é capaz de salvar-se. A religião desempenha tal função, trazendo novas regras de conduta, novos princípios morais e espirituais de base



confessionais para a vida cotidiana dos indivíduos, enfim novos modos de subjetivação da vida (FOUCAULT, 1994, p.13).

Nesta nova estrutura cristã o “si” não é mais algo a ser construído, mas sim algo a ser renunciado e decifrado posto que, naquele momento histórico “o problema de uma estética da existência é encoberto pelo problema da pureza”. O cristianismo também irá impor ao indivíduo obrigações bastante rígidas de verdade, de dogma e de cânones ou princípios e tais “obrigações de verdade” conforme esclarece Foucault

“leva o indivíduo a aceitar um certo número de deveres, a considerar certos livros como uma fonte de verdade permanente, a consentir nas decisões autoritárias em matéria de verdade, a crer em certas coisas – e não somente nelas crer, mas também demonstrar que o crê – a reconhecer a autoridade da instituição” (Foucault, 1994,p.13).

Esta nova forma de obrigação com a verdade altera a prática do “exame de si” que deixa de ser o exame das ações passadas durante o dia para se constituir no exame minucioso dos pensamentos presentes a fim de que o indivíduo possa reconhecer suas faltas, localizar seus desejos, admitir suas tentações para, em seguida, revelá-los. Este mecanismo de revelação de si seria uma das formas de alcançar a pureza da alma, sem a qual não se alcança a verdade, ou seja, o conhecimento de si é a tecnologia que pode propiciar a pureza da alma (FOUCAULT, 1994).

Esse indivíduo seria constantemente auto examinado e a *exomologêsis* era o mecanismo através do qual o mesmo se reconhecia pecador e mais, solicitava que lhe fosse imposto o estatuto de penitente. Ao rogar tal estatuto de penitente ao Bispo, o pecador deve justificar suas razões, explicar suas faltas. Contudo, Foucault esclarece que tal explicação não se constitui em uma “confissão”, mas apenas uma condição para a obtenção do estatuto de penitente. O ritual da *exomologêsis* afetava toda a vida do indivíduo durante um período de quatro a dez anos e, mesmo após a reconciliação, algumas proibições permaneceriam em caráter definitivo em sua vida como casar-se ou ser pai. O paradoxo é o cerne da *exomologêsis*, pois se por um lado ela

devolve a pureza ao pecador apagando o pecado, por outro ela revela o pecador, sua natureza pecadora, e esta exposição não é verbal, é simbólica, ritual, teatral e pública (WAIN, 2008).

Com o ascetismo cristão dos séculos IV e V uma nova técnica de revelação de si é desenvolvida, a *exagoreusis*, responsável pela introdução da prática da verbalização dos pensamentos. Com ela inauguram-se dois novos importantíssimos princípios de espiritualidade: a obediência – que implica na submissão e controle integral da conduta do sujeito pelo mestre, através do sacrifício de si, da renúncia de si, pois para todo e qualquer ato do indivíduo há que ocorrer a permissão do mestre; e a contemplação – que exige do indivíduo o compromisso de voltar a todo instante seus pensamentos em direção a Deus visando atingir a “contemplação permanente de Deus”. Foucault adverte que estas novas técnicas de exame de si têm o pensamento como objeto de exame a fim de identificar se há no pensamento qualquer coisa “suscetível de tornar nosso espírito móvel, de provocar nosso desejo, de desviar nosso espírito de Deus” (FOUCAULT, 1994, p. 19).

Este “novo cristão”, como esclarece Foucault (1994), é visto com alguém que já traz em si a ambição pela matéria e pelos desejos da carne. Tal entendimento faz com que haja, nesta época, uma intensificação à vigilância aos pensamentos que eram vistos como impuros e a única maneira tida como “confiável” de determinar a “boa qualidade” dos mesmos seria confiá-los todos ao nosso dirigente, praticar permanentemente a verbalização de todos os nossos pensamentos e intenções mais íntimas.

Deste modo, a hermenêutica cristã considera e institui como verdade a existência em nós de algo escondido, impuro que necessita ser descoberto, revelado e recuperado, instaurando uma concepção de subjetividade pautada na renúncia e nos valores do pecado e da culpa. Tanto a *exomologêsis* quanto a *exagoreusis*, apesar de diferentes em suas práticas vão promover a renúncia de si, do seu próprio eu ou vontade. Na primeira a renúncia ocorre através das práticas teatrais de

mortificações e na *exagoreusis* a obediência total ao mestre, associada a exercícios de verbalização (como a confissão e as orações), é o testemunho desta renúncia de si.

O que podemos, então, identificar neste processo histórico é o deslocamento no *éthos* do “cuidado de si” ocorrido da Antiguidade clássica para o Cristianismo. Na Antiguidade o cuidado de si não se opõe ao cuidado dos outros, ao contrário, nasce como um conjunto de práticas políticas que tem como propósito um justo governo dos outros, da cidade e para tal exige que haja o conhecimento de si mesmo. Conhecer-se, cuidando de si mesmo, é a condição principal para bem governar a cidade. A era cristã instaura uma lógica pastoral, cujo modelo de cuidado de si passa a ser o exercício de identificação e reconhecimento em si, de falhas morais, de tentações que se formam dentro da alma, das seduções que vitimizam e escravizam a vontade do sujeito. Nesta lógica, o conhecimento de si só é possível a partir do conhecimento da “verdade” que nos é “dada” nos textos da “revelação e através de diferentes práticas confessionais em relação aos pensamentos ocultos, e o cuidado do outro passa a significar a renúncia de si mesmo durante o transcurso da vida terrena (CASTRO, 2009).

Foucault vai localizar no século XVI, a partir do Concílio de Trento, o desenvolvimento de novos modos de “relação consigo mesmo” visando o treinamento e purificação dos cristãos, principalmente quanto a questão do desejo e do prazer. Como nesta época a confissão na igreja se dava uma vez ao ano, fato que limitava a vigilância, o movimento da Contra-Reforma procura acelerar a frequência desta prática nos países católicos. O corpo e principalmente os desejos que o assolam, passam a ser entendidos como a origem de todos os pecados e por isso a confissão é deslocada dos atos, dos comportamentos, para o interior do sujeito:

“examinai, portanto, diligentemente, todas as faculdades de vossa alma, a memória, o entendimento, a vontade. Examinai, também, com exatidão todos os vossos sentidos,.... Examinai, ainda, todos os vossos pensamentos, todas as vossas palavras e todas as vossas ações. Examinai, mesmo, até os

vossos sonhos para saber se, acordados, não lhes teríeis dado o vosso consentimento. Enfim, não creiais que nessa matéria tão melindrosa e tão perigosa, exista qualquer coisa de pequeno e de leve” (Foucault, 1988, p. 23).

A partir do século XVIII o aprimoramento das técnicas de confissão passam também a exigir do sujeito que ele “narre sua história”, de forma oral ou mesmo escrita. Esta técnica confessional foi sendo, com o passar dos séculos, apropriada pela pedagogia (séc. XVIII) e pela medicina (sec. XIX), que passam a difundir-la e a utilizá-la como “situação pedagógica ou terapêutica” em interrogatórios, consultas, fichários, narrativas autobiográficas, etc.

Besley (2008) indica que Freud pode ser considerado o inaugurador da confissão como tecnologia “cientificizada” no século XX, ao desenvolver sua técnica de cura através da fala. Deste modo, acessar o “eu interior” ou a “verdade” passou a ser conduzido ou “facilitado” pelos profissionais de assistência/ajuda como: padres, médicos, psicólogos, psiquiatras, orientadores, psicanalistas, conselheiros ou advogados. Tais especialistas aplicando seus conhecimentos através da utilização de certas tecnologias como: exame do inconsciente, do consciente, confissão dos pensamentos, motivos, sentimentos, etc. reinterpretem e reconstroem o que é dito pelas pessoas. Neste processo o “conhecimento de si” se dá na mesma medida em que o sujeito se faz conhecer, se expõe para o outro e o autoconhecimento, ou estar ciente do que acontece no seu próprio interior passou a ser mais importante do que cuidar de si mesmo na vida cotidiana.

## 7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SABERES, PODERES E PRÁTICAS

*“Chamemos, se quisermos, de ‘pedagógica’ a transmissão de uma verdade que tem por função dotar um sujeito qualquer de aptidões, capacidades, saberes, etc., que ele antes não possuía e que deverá possuir no final desta relação pedagógica.(...) podemos, creio, chamar ‘psicagógica’ a transmissão de uma verdade que não tem por função dotar um sujeito qualquer de aptidões, etc., mas modificar o modo de ser do sujeito a quem nos endereçamos”. (Michel Foucault)*

Apesar de a Educação não constituir área foco específica dos trabalhos do filósofo Michel Foucault, esta área tem se beneficiado muito de sua obra. No Brasil, a partir dos anos 90, os trabalhos de educadores da região sul do país como Tomaz Tadeu da Silva e Alfredo Veiga-Neto inauguraram discussões e abriram caminhos possíveis para o uso do pensamento foucaultiano neste campo. O uso do pensamento de Foucault, mais especificamente das noções biopolíticas, para desenvolver uma aproximação com a educação, mais especificamente a educação em saúde, se torna possível se tomarmos o sujeito, objeto de toda sua obra, como elemento de ligação (GALLO, 2006b).

Conforme sugere Gadelha (2009):

*“o estabelecimento de uma relação entre biopolítica e educação talvez requeira de nós, por um lado, o abandono de uma leitura um tanto rígida de Foucault, que se atenha tão somente ao que ele explicitamente escreveu em seu livros, ou falou em suas entrevistas e nos cursos que proferiu, e, por outro, uma maior abertura à exploração das possibilidades abertas por seu pensamento, por suas investigações e seus achados”(p.174)*

Antes de qualquer coisa, precisamos deixar claro que o sujeito em Foucault (2006a) é sempre pensado como o produto de múltiplas relações horizontais de saber-poder, “fundado” pelos saberes e pelas práticas desenvolvidas nas instituições fechadas como escola, família, igreja, hospital, exército, fábrica, dentre outras, caracterizando-o como sujeito assujeitado e disciplinado, conforme explicitado pelo filósofo na obra *Ética, Sexualidade e Política*, da Coleção *Ditos e Escritos*:

“penso efetivamente que não há um sujeito soberano, fundador, uma forma universal de sujeito que poderíamos encontrar em todos os lugares. Sou muito cético e hostil em relação a essa concepção do sujeito. Penso, pelo contrário, que o sujeito se constitui através de práticas de sujeição ou, de maneira mais autônoma, através de práticas de liberação, de liberdade...” (p.291)

Deste modo, o sujeito é entendido como uma “invenção” da modernidade produto das relações de poder e de saber, instituídas em cada momento histórico e em cada espaço social específico onde a educação seria apenas mais um dispositivo existente para subjetivá-lo, ou seja, constituí-lo (DUARTE, 2006, VEIGA-NETO, 2006b).

Podemos dizer que o ponto onde a educação e a saúde se atravessam e se aproximam é no corpo do sujeito, na medida em que, durante muito tempo a pedagogia concebeu que para a efetivação do processo educativo, o corpo deveria ser disciplinado, domesticado, controlado, contido e treinado. Nesta perspectiva, a ação educacional, em suas práticas e teorias, desenvolveu mecanismos de controle e dominação centrados no corpo do sujeito como as palmatórias, as posturas imóveis, as repetições exaustivas, os exames, etc.

A educação ora centrada mais diretamente no disciplinamento dos corpos ora na constituição das subjetividades dos sujeitos, tem tido sempre como finalidade adequar ou ajustar os indivíduos a uma determinada “norma” social.

## 7.1 A VELHICE E A EDUCAÇÃO NOS DISCURSOS LAGEANOS

Entendemos que a maneira como se constrói o pensamento em relação à velhice tem como ponto de partida um conjunto de enunciados políticos, morais, sociais, calcados em crenças, preconceitos e estereótipos historicamente desenvolvidos, conforme preconizado por Simone de Beauvoir. Assim, as categorias “velhice”, “idoso” ou ainda “terceira idade” adquirem uma dimensão plural englobando fatores econômicos, políticos, culturais, biológicos, psicológicos, sociais.

As políticas de saúde e prevenção direcionadas as pessoas idosas em Lages tem assumido dois modelos básicos, conforme aferido através de entrevistas: a) acompanhamento e cuidados prestados as pessoas portadores de Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT), mais especificamente diabéticos e hipertensos, nos chamados “Hiperdia”; e b) busca de mudanças de comportamento através das Academias da Terceira Idade. O Hiperdia como um importante programa de prevenção de agravos, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde, tem como finalidade prestar esclarecimentos e acompanhamento às pessoas diabéticas, hipertensas ou com algum tipo de patologia crônica não transmissível, contudo, não se destina a nenhum segmento populacional específico. Sua estratégia de atuação é na modalidade de reunião de grupo, onde os participantes se encontram semanalmente e lá são informados sobre os comportamentos e hábitos necessários para evitar o agravamento da sua patologia. O coordenador pode ser um profissional técnico da área da enfermagem ou enfermeiro, dependendo da disponibilidade de profissionais no bairro.

A Academia da Terceira Idade (ATI) é um projeto criado por uma empresa que fabrica os aparelhos específicos para exercício físico de Maringá (PR), A ATI é constituída por um conjunto de seis aparelhos para ginástica, criados especialmente para a população idosa, que são instalados em espaços públicos. Conforme depoimento do Superintendente de Esportes, ele ao ser procurado por um representante da empresa construtora dos aparelhos considerou o projeto interessante e decidiu instalar a primeira ATI, em uma praça às margens de uma importante via de acesso a cidade. Um mês após a instalação da ATI, a cidade recebeu a visita do ex-presidente da república Fernando Henrique Cardoso que considerou o projeto muito interessante, tecendo critica elogiosa à Prefeitura por tal iniciativa. A partir deste fato, a Prefeitura, através da Fundação Municipal de Esportes, resolveu ampliar o número de ATIs na cidade, instalando um total de 22 unidades. A escolha das praças para instalação das “academias” atendeu ao critério básico de localização, tanto do ponto

de vista da visibilidade pública quanto de acesso pelo maior número de bairros circunvizinhos. Tal critério excluiu a implementação dos aparelhos em bairros mais periféricos e na área rural. Levando-se em conta o sistema de transporte urbano, a possibilidades das pessoas idosas residentes nestas localidades se beneficiarem das Academias públicas é bastante reduzido. Durante o primeiro ano de seu funcionamento (2008), os freqüentadores das ATIs contavam com a supervisão de monitores - estudantes ou professores de Educação Física – contratados pela Prefeitura para orientar as pessoas no uso dos aparelhos durante duas horas na parte da manhã e duas ao final da tarde. No ano de 2009 os contratos dos monitores não foram renovados e a assistência interrompida.

Os discursos dos (as) gestores(as) municipais foram marcados por excessiva ênfase nas atividades físicas, e na possibilidade de oferta e multiplicação das academias, tomados como aspecto central na política de saúde do(a) idoso(a) em Lages. Este raciocínio, calcado em “oferta de serviços”, coloca em tensão o próprio comportamento do (a) idoso(a), pois lhe são atribuídas as escolhas de estilo de vida, sendo reforçado o entendimento de que eles(as) próprios são, mesmo que implicitamente, considerados(as) os(as) responsáveis por possibilidades de ocorrências danosas à sua própria saúde, na medida em que não utilizam os “serviços” disponibilizados.

#### **7.1.1 O controle sobre o corpo: o exercício físico como sinônimo de bem estar.**

A lógica do biopoder, da governabilidade das populações, institui mecanismos de regulação da vida, do corpo coletivo e, em certo sentido, compõe saberes sobre bem-estar e corpo sadio. Exercitar-se, caminhar, ir às academias, são atividades super valorizadas pela política local, efetuatingo um estreitamento de noções tais como qualidade de vida e autonomia, preconizadas pelas políticas públicas. Através desses investimentos nos corpos dos indivíduos idosos, são ativados controles sociais que incidem sobre essa faixa etária.



Veiga-Neto (2005) destaca que os discursos nos revelam um “arquivo”, ou seja, todo um conjunto de regras que historicamente determina o que pode ser dito conservado, lembrado e reativado. Compara o “arquivo” a um jogo de relações que sanciona verdades num tempo e espaço determinado.

Deste modo, o entendimento que cada sujeito constrói sobre si mesmo e sobre o mundo é balizado pelas relações entre falso e verdadeiro, preconizados na dinâmica das verdades. Nos discursos oficiais onde “ser velho” é igualado a um estado de fragilidade orgânica onde o risco de adoecer está sempre presente, objetiva-se o (a) idoso(a) como aquele(a) que não é capaz, que precisa ser cercado(a) de cuidados, de atenção especial. A ele (a) são oferecidas oportunidades – principalmente de atividades físicas – e sobre ele (a) recai a responsabilidade de aderir às mesmas para ser então saudável. Tais entendimentos sobre o (a) idoso (a) reafirmam os discursos epidemiológicos da saúde, onde o risco assume o lugar de predizer e legitimar as medidas de prevenção em saúde.

Assim, no curto espaço de duas décadas o caráter “terapêutico” dos exercícios e ginásticas adquiriu extrema relevância nos discursos sobre a “saúde da terceira idade” e sua “eficácia funcional”. Conforme relata Soares (2006)

“A ginástica é essa pedagogia que incide sobre o corpo individual e auxilia na regulagem do corpo social, na regulagem das populações, é tanto disciplina quanto regulamentação da vida e vai, de certo modo, em certa medida, dando visibilidade ao que poderíamos denominar corpo sadio, corpo dócil, compondo um registro de saberes sempre reelaborados e disseminados” (p.79).

As falas das pessoas idosas, e de alguns gestores, ao serem questionados sobre o que consideram essencial em relação à saúde da pessoa idosa revelam tais saberes ativados pela tecnologia do biopoder:

O mais importante que eu considero na minha saúde nos dias de hoje é a atividade física, a caminhada (Ana, 60a).

... é com medicamento adequado (...) procurando os meios como academia que a gente tem da terceira idade, alongamento, dança essas coisa (Joana, 62a.)

Muito lazer, muita ocupação, exercícios físicos, caminhadas, enfim qualquer esporte que me leve assim a ter prazer (Lídia, 67a.).

fazer exercícios, ficar ativos, ter amigos, fazer passeios (Lúcia, 67a.)

... minha saúde é graças a Deus é boa, e eu pratico também (...) eu pratico natação porque é um exercício que, que favorece todo organismo, né?, desenvolve todos os músculos” (Mário, 68a.)

Eu acho que viver bem, comer, se alimentar bem, né? Gordura não, né? (Neide, 65a.)

a falta de ocupação deles é sem dúvida nenhuma é o..é o que é mais preocupante. E essas academias na realidade veio preencher um lado que eles não tinham, né? muitos deles até pela situação econômica do próprio município, não tinham oportunidade de ter uma atividade física regular, né? hoje as academias nós estamos disponibilizando não só os horários como os profissionais também sem custo nenhum para as pessoas, né? (Sup. Esportes)

... a questão da atividade física, né? De tentar, é mudar a cultura, porque normalmente essas pessoas mais idosas, principalmente aqui em nossa região, muito frio né? Elas têm aquela cultura de ficar ali atrás do fogão a lenha, né? Se esquentando e paradinha ali e isso acaba prejudicando a própria saúde (Sec. Saúde).

Nesses exemplos, “velhice ativa” é claramente equiparada à atividade física. Outros “bons hábitos” também aparecem, sem tanta ênfase e com menos frequência: é importante alimentar-se bem, passear, socializar. Entretanto, é, sobretudo em relação ao exercício físico do corpo, loco de controle e investimentos na sociedade ocidental contemporânea, que se deve concentrar os esforços, sendo esse o passaporte para a saúde.

Analisando a história ocidental, Foucault identifica a existência de várias formas de subjetivação do sujeito, forjadas através de variadas tecnologias com o intuito de tornar o indivíduo “mensurável”, “adaptável” e “produtivo”. É possível equiparar tais

tecnologias principalmente aos exercícios físicos, como evidenciado nos extratos acima.

Na mesma direção se alinham as falas dos (as) responsáveis pelas ações públicas de saúde no município, na resposta oferecida à questão referente a serviços e programas para promoção de saúde da pessoa idosa disponíveis no município:

(...) nas atividades físicas, é onde a gente tem pautado bastante, é... o nosso enfoque, né? É, com profissionais de educação física, fisioterapia que trabalham com grupos nos diversos bairros da cidade(...). É a questão das Academias da Terceira idade né, que a gente em parceria com a Fundação Municipal de Esportes é tem atuado, e nós já temos seis academias hoje funcionando, teremos 11 até o final desse mês e até outubro 22 instaladas (Secretário de Saúde)

(...) nós estamos tentando fazer nossa parte né? a questão das academias é uma, nós tamos inserindo os idosos (Sup. Esportes)

(...) pra mim a saúde do idoso integra na alimentação, exercício físico e praticamente a auto-estima (...) com a criação dessas academias agora da Terceira Idade muita gente melhorou tanto na parte do exercício, da a... O que eu tenho escutado... conversado com eles assim pessoas que eles não sentavam mais sozinhos, não tinham mais o equilíbrio, totalmente desequilibrados... (Diretora Associação)

Para entendermos o que está em jogo nas políticas do corpo, e neste caso em especial, nas políticas de saúde da terceira idade, convém lembrar que o poder é sempre relacional e se exerce em práticas hegemônicas e sujeitas a transformação. Isto significa dizer que há uma maior eficácia do poder “quando atuam discretamente na produção de realidades e efeitos desejados por meio de processos disciplinares e normalizadores” (DUARTE, 2006 p.47). Multiplicam-se os efeitos dessa política, evidenciando, como bem mostrou Foucault (1998), que o poder não é apenas repressivo, mas seu exercício produz múltiplos investimentos acionando motivações, desejos e expectativas.

Os discursos das pessoas idosas equiparam saúde, prazer e exercícios físicos e assim validam a política adotada no município. Os (as) gestores(as) investem na “vontade dos idosos”, tomando-a como reforço dos direcionamentos assumidos:

(...) a população reconhece isso e você passar, mesmo nesses dias de frio, muito interessante a gente ver as pessoas, né que estão buscando, estão exigindo até, é abaixo assinado. Tenho um inclusive aqui agora com mais de 1000 assinaturas de um determinado bairro pedindo pra que lá seja instalada uma academia, ou seja, a gente conseguiu unir a nossa necessidade, né de promover e prevenir com a vontade da população (Sec. Saúde).

Trata-se de intervenções políticas que garantem visibilidade e o apoio da população.

O biopoder tem como base os processos de normalização, para que, além de disciplinar as condutas, seja possível “implantar um gerenciamento planejado da vida das populações”, para que seja especialmente efetivo ali onde aparentemente ele não tem a ver, onde aquilo do que se trata é o “homem”, “a vida”, o “corpo”, ou o “caráter humanitário”. Assim, é possível identificar o poder que o Estado quer manter sobre a vida – elemento político por natureza – nas “intervenções políticas que visam incentivar, proteger, estimular e administrar o regime vital da população” (DUARTE, 2006 p.50).

O fenômeno da biopolítica, entendido na prática cotidiana disseminada pelo poder estatal, fica evidenciado nas ditas “políticas públicas de saúde na terceira idade”, cujo investimento preponderante no município se dá com a implantação das Academias da Terceira Idade. Através de discursos tidos como “politicamente corretos”, na medida em que vêm ao encontro às diretrizes de promoção e prevenção de saúde preconizadas pela PNSPI, o disciplinamento dos corpos nas práticas de vida cotidiana da pessoa idosa fica evidenciado, assim como a responsabilização dos próprios sujeitos pela prevenção e promoção da sua saúde.

### 7.1.2. Os grupos como estratégia contemporânea de produção de vida saudável ou conhecimento de si

Ortega (2002) observa que nos últimos anos houve o estímulo à formação de grupos de idosos (as) de várias modalidades: auto-ajuda, *self care*, portadores de deficiências, de patologias. Esses grupos construídos a partir de uma doença determinada estimulam o falar de si e “a formação de bio-identidades sociais” que paulatinamente substituem o conceito de doença por “déficit”. Este mecanismo do biopoder desloca as ações dos serviços públicos de saúde que deixam de tratar doenças para compensar deficiências. “A política se dissolve em políticas particulares que aspiram compensar as deficiências de um grupo biopolítico determinado, cuja uma das conseqüências é o esquecimento de ideais sociais mais abrangentes” (p. 160),

Deste modo, as falas dos profissionais e responsáveis pelas ações públicas de saúde, quando questionados sobre quais estratégias possibilitariam a pessoa idosa ter uma vida saudável expressam tais entendimentos:

(...) é essa inserção desse idoso nesses grupos de auto-ajuda, um grupo onde possa participar e dividir suas ansiedades com os outros colegas da mesma faixa etária. Eu acredito que, que nesse momento que ele tá participando desses grupos não sobra tempo pra ele pensar em outras coisas, outros problemas que por ventura ele possa ter lá com seu familiar ou com ele próprio (...) eu continuo acreditando que os grupos são os responsáveis por esse bem estar do idoso, e lógico, evidentemente não esquecendo que a família com certeza em primeiro ponto, porque se a família não transmite isso a ele, ele busca lá fora no grupo mas ao voltar pro lar ele vai encontrar aquele mesmo problema, aquela família desestruturada, né que não consegue dar a ele um equilíbrio, aí ele afunda novamente (Coord. Vig. Epidem.)

Acho que são programas né? nós temos que ter programas dentro do município que oportunize aos idosos né? hoje a gente tem esses programas, mas a gente sabe que temos que ter assim, um outro tipo de direcionamento não só pra atender esse pessoal, mas como a Fundação já tem também com deficientes, enfim nós temos realmente tentando inserir vários segmentos né? nos projetos da Fundação”.(Sup. Esportes).

O que facilita a gente, na verdade o que que a gente tenta né?, aqui no município a gente tenta realmente cumprir a

política como nos grupos de convivência a gente leva e a gente já já pra eles terem um momento diferente de lazer e a gente percebe que com relação a isso é, eles comentam com a gente principalmente mais com o meu pessoal na ponta que está diariamente com eles né? as mudanças que tem nas pessoas que vinham de quadros depressivos e tudo o mais, a gente, são pouquinhos ações que a gente faz mas que a gente vê um resultado muito grande como foi o caso da participação dos nossos idosos nos jogos abertos, nos primeiros jogos abertos de Santa Catarina, aquele grupo que foi assim, claro a gente, bom se pudesse levar todos, mas foram... a gente conseguiu ir com 20 participantes né? (Dir. Terceira Idade)

O que facilita? Os grupos né? O hiperdia é muito bom, é é os idosos da diabetes e os hipertensos também, mesmo assim os que não é idoso ainda mas tá lá né? E eles melhora muito” (ACS 1)

Eles seguir direitinho o que... que... que a gente manda né? Assim...ir nos grupos, nos grupos e fazer as caminhadas, cuidar da alimentação.. balanceada né? (ACS 2)

O que eu acho? Que eu acho assim que os hiperdia que se eles indo no hiperdia facilita, comendo direito...aqui os idosos gosta de tudo que não pode daí eles comem gordura, carne gorda sabe? E fica tudo na beira do fogão esquentando e não sai..não sai pras caminhadas...”(ACS 3)

(...) aqui tem disponível, todo, a maioria, todos os bairros tem os centros de convivência, eu acho que mais, o que facilita é...essa abertura que tem né?, de... de os grupos tarem em cada em cada comunidade, tarem alojados. O que falta é... despertar o interesse do idoso, né? pra fazer parte desses grupos (Assist. Social).

Nós temos já um trabalho também com o pessoal do Tributo, né? é onde eles já tinham algumas, algumas alguns encaminhamentos nesse sentido e conseguiram lá mostrar essa evolução da comunidade em função de um aproveitamento, da própria horta comunitária lá, daquelas pessoas que tinham condições de plantar alguma coisinha em casa, de quanto isso se refletiu na saúde daquela comunidade (Sec. Saúde).

Na contemporaneidade, cuidar de si também implica conhecer a si, mas além desse autoconhecimento é necessário também que se conheça “um certo número de regras de conduta ou de princípios que são, simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir

dessas verdades: nesse caso a ética se liga ao jogo<sup>22</sup> de verdade” (Foucault, 2006a, p.269).

Neste aspecto o filósofo esclarece que os jogos de verdade se referem não a uma prática coercitiva, mas sim a uma prática de autoformação do sujeito ou prática ascética<sup>23</sup> – entendida como “um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura elaborar, se transformar e atingir certo modo de ser” (ibid, 265).

Assim, a história das diferentes manifestações das práticas de si, do fenômeno ascético, conta os diferentes processos de subjetivação do sujeito. Ortega (2002) identifica as práticas ascéticas contemporâneas como bioascese. Esclarece que a bioascese utiliza práticas ascéticas idênticas às utilizadas na Antiguidade, entretanto houve um deslocamento e são outros os processos de subjetivação. Enquanto na Antiguidade as práticas ascéticas eram práticas de liberdade, na contemporaneidade as mesmas objetivam o disciplinamento, o assujeitamento.

As modernas bioasceses reproduzem, no âmbito da subjetividade as regras da biossociabilidade<sup>24</sup> cujos procedimentos visam aos cuidados médicos, higiênicos, corporais e estéticos. As bioidentidades produzidas neste processo apontam para um sujeito que se “autogoverna, autocontrola e autovigia” sendo o “ato de se periciar a fonte básica de sua identidade (ORTEGA, 2002, p.155).

Nesta perspectiva, a velhice contemporânea é um bom exemplo de bioidentidade construída na sociedade ocidental. Entendida ora como um corpo que perde força e vitalidade, ora como um estado de sabedoria do ser, o entendimento de velhice se debate em binômios

---

<sup>22</sup> “A palavra ‘jogo’ pode induzir a erro: quando digo ‘ jogo’, me refiro a um conjunto de regras de produção da verdade. Não um jogo no sentido de imitar ou de representar...; é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado” (FOUCAULT, 2006, p.269).

<sup>23</sup> Foucault (2006c) define o termo ‘ ascético’ como “conjunto ordenado de exercícios disponíveis, recomendados e até obrigatórios, utilizáveis pelos indivíduos num sistema moral, filosófico e religioso para atingir um objetivo espiritual específico” (p.398).

<sup>24</sup> Paul Rabinow (apud Ortega, 2002) usa o termo biossociabilidade para designar “um novo tipo de autoprodução, efeito da nova genética”, agora entendida como “rede de circulação de termos de identidades e lugares de restrição, que implicaria na formação de novas identidade e práticas individuais e grupais, surgidas destas novas verdades”(p.153).

de experiência/debilidade, honra/incapacidade, entre o *chronus* e o *tanatus*, instalando-se como mais um objeto de biopolítica, para melhor separar os sujeitos em hierarquia social (ORTEGA, 2002, SWAIN, 2006).

Swain (2006) entende que em Foucault a velhice estaria entre as heterotopias do desvio por estar inserida em um espaço social diferente devido a seu comportamento, considerado “desviante” seja em relação à média ou à norma. Quando pensamos: qual é, pois, a referência modelo utilizada para identificar o “desvio”? Deparamo-nos com outra categoria social, outra abstração materializada pelo biopoder – a juventude. Valores do biopoder calcados em critérios cronológicos, de textura, de marcas, de capacidade, de força, de limites, que tem o corpo como *lócus*, criam velhices e juventudes, bioidentidades, em um campo de exclusões.

### **7.1.3. Cuidado de si como competência para cuidar de si**

Os discursos que criam o “sujeito-velho” enfatizam a autonomia individual (traduzida como melhor estado de saúde e opção por hábitos e comportamentos saudáveis) e depositam nele a responsabilidade por sua saúde.

Neste processo, esclarece Ortega (2002), o conceito de risco é utilizado como principal estrutura, pois é através da interiorização deste discurso que o sujeito se constitui como autônomo, autosuficiente e responsável, ou melhor dizendo, “competente para cuidar de si”. Para que sua existência possa ser “útil” e não se constitua em um “peso” para o outro o sujeito deve, através de práticas ascéticas, se autovigiar e autocontrolar.

Assim, além de reduzir e neutralizar os problemas sociais a internalização de tais discursos retira da pessoa idosa a legitimidade para recorrer ao sistema público de saúde e o (a) idoso(a) doente que necessita de cuidados, de assistência é identificado como aquele que não teve competência para cuidar bem de si mesmo. Conforme assinalado por Ortega(2002), “de fato, ganhamos autonomia, mas a



autonomia para nos vigiarmos, a autonomia e a liberdade de nos tornarmos peritos, *experts* de nós mesmo, da nossa saúde, do nosso corpo” (p. 161).

As falas seguintes, de dois profissionais, enfatizam o entendimento de que cabe ao(a) próprio(a) idoso(a) a responsabilidade por seu adoecimento, quando analisam comportamentos que podem prejudicar ou impedir as pessoas idosas a terem saúde:

(...) acho que os hábitos deles mesmo prejudicam eles. Tem muitos assim oh, que eles sabem, eles têm orientação, sabem que não devem fumar, eles sabem que devem evitar tais alimentos porque são diabéticos e mesmo assim não se cuidam. Então talvez assim que esse seja uma falta de auto-disciplina e que talvez seja induzida pela família, poderia ser né?, porque eles têm informação. Aqui os nossos grupos principalmente têm informação (Coord. Alteri).

(...) eles num tão acostumados ainda aos exercícios, e, eu digo pra elas, eu digo assim, quando a senhora começar a fazer suas caminhadas, atividade física as dores vão logo embora (ACS3).

E as falas das pessoas idosas do município revelam a internalização de tais discursos que depositam na própria pessoa idosa a responsabilidade por sua condição de saúde, em momentos diversos das entrevistas. Quando questionados sobre o que propiciaria a pessoa idosa uma vida saudável identificamos:

O que facilita **é a gente fazer** os exercício, se alimentar bem e né? ter ter uma vida mais calma, um um assim uma família mais mais unida mais assim que a gente não se preocupe tanto né?, e é isso aí (Rosa, 66a)

É, **se eles participasse assim** dos grupo né? Não é todos os dias, mas né?, Mas se eles participasse melhorava sua vida né? (Silvia, 65a)

É que a maioria eles se acomodam daí **eles não querem participar de nada**, daí eles vão ficando deprimidos, cada vez mais doente (...) eu no meu caso, eu acho que não falta nada aqui (Lúcia, 79a.).

(...)**se cuidar muito**, ir no médico sempre, se alimentar bem, um bom higiene, um bom agasalho, um bom controle de nervos também (risos), que tem muitos assim com um estado de nervos muito violento, pessoas jovens! Não idosa como eu... (Marina 80a.)

O doutô me disse que **tem que fazer** caminhada e alimentar melhor. É isso, né? (Josiana, 79a)

Caminhada, **se cuidá direito** na comida, num comê graxa né? A gente come muita graxa, gosta... comida carne pesada num pode mais (Jurema,75a).

#### 7.1.4. Condicionamentos do sujeito para a Saúde

As ações identificadas como de educação em saúde continuam tratando o sujeito como o “alvo”, como o objeto a ser transformado e modificado. As ações não se dirigem para a solução das desigualdades sociais, da falta de saneamento ou abastecimento de água potável, muito menos para a má distribuição de renda, geradora de pobreza e miséria. As ações visam sempre uma ação específica “para”, alguma coisa ou algum segmento. O foco está na “ponta”, em alguém que supostamente não consegue agir adequadamente. Responsabiliza-se o sujeito pelos seus males e adoecimentos, incutem-se nas pessoas a noção de que cabe somente a elas agir de forma a obter saúde, como se saúde fosse algo passível de ser adquirido com “passos e ações programadas” Tal como bulas as orientações são dadas: exercite-se assim, alimente-se de tal modo, durma tantas horas, controle suas emoções, divirta-se ou participe de grupos.

Tal estrutura pode ser evidenciada nas falas dos responsáveis pela implementação de políticas públicas de saúde. Quando questionados sobre quais fatores propiciariam uma vida saudável a pessoa idosa, observamos que as falas se dirigem para ações que essas pessoas devem praticar ou que praticam identificando-as como instituidoras de vida saudável, como aparece nos trechos registrados abaixo:

Então nós temos que comer bem, praticar atividade e o resto vai ser consequência disso, Seja através da nutrição, do exercício, da conscientização, né? da... da leitura pra você fortalecer memória, de jogos de xadrez, por exemplo, como a gente tem aí na algumas algumas comunidades que participam né, pra tá efetivamente fazendo essas pessoas se reunirem, é os bailões né, que algumas algumas unidades promovem, principalmente agora época de S. João, quase toda unidade

faz seu bailinho lá e tal, porque essa essa convivência, esse entrosamento com a comunidade eu acho que também é bastante salutar pra você desenvolver, né?, melhor as suas habilidades é e poder ter uma saúde mais mais efetiva, vamos dizer assim (Sec. Saúde).

(...) é o convívio, é o saber que de repente lá a hipertensão que eu tenho ou o diabetes, ou aquela artrose, né? não, não são impeditivos de eu ter uma vida saudável, de eu me relacionar com as pessoas, de eu passear, de eu viajar e conseqüentemente, continuar fazendo lá o meu tratamento de até trabalhar, porque a gente vê hoje alguns idosos ainda no mercado de trabalho, então eu acho que o convívio com outras pessoas faz com que eles vivam muito bem, né? (Coord. PSF)

(...) eles seguir as recomendações da equipe, dieta né? Caminhada... e, e...assim, (...) eles num tão acostumados ainda aos exercícios, e, eu digo pra elas, eu digo assim, quando a senhora começar a fazer suas caminhadas, atividade física as dores vão logo embora (ACS3)

Um outro dado que aponta para o silenciamento dos demais aspectos ligados à saúde, como as desigualdades sociais, em algumas falas dos profissionais e gestores aparece através da ênfase dada aos aspectos climáticos da região quando questionados sobre quais seriam os principais problemas de saúde da pessoa idosa do município

(...) mas aqui daí tem o problema do frio né? E daí que tudo fica mais difícil eles tem preguiça de sair de andar e isso complica a saúde deles e tem uns que é pobrezinho e não entende direito o que a gente explica né? Confunde...é isso. (ACS 2)

(...) De tentar, é mudar a cultura, porque normalmente essas pessoas mais idosas, principalmente aqui em nossa região, muito frio né? Elas têm aquela cultura de ficar ali atrás do fogão a lenha, né? Se esquentando e paradinha ali e isso acaba prejudicando a própria saúde (Sec. Saúde).

Esses aspectos também puderam ser observados nas falas das pessoas idosas, como identificado abaixo:

Não sei!.acho que pela nossa região que é muito fria isso também acho contribui muito pra saúde do idoso, né? (...) o inverno traz assim tipo uma depressão, porque o lageano, não sei se a senhora percebeu ele já é uma pessoa assim meia fechada, né? (Alba, 67a)

(...) pessoas que não saem, não, não, né? se acomodam em casa, não sai pra fazer uma...caminhada (Silvia, 65a.)

(...) pois eu acho o maior poblema a senhora sabe, o que eu posso achar é quando vem esse frio, que insiste poucos agasalho pra muitos, agora eu tenho um agasalho bom graças a Deus! (Marina, 80 a.)

(...) os ossos... poblema com os ossos, dor.. .a minha pressão que eu tenho, sou de pressão alta e o frio aqui piora né? Fica difícil sair, andar, fazer as caminhada no frio... (Jurema, 75a)

### **7.1.5. Atividades sociais como práticas de saúde**

Na contemporaneidade, os deslocamentos do cuidado de si permitem que todas as ações possam ser significadas e identificadas segundo critérios de saúde, capacidade funcional, longevidade, performances corporais, rendimento físico, doenças específicas. Nesta visão, novas regras de ocupação de tempo, de lazer, de espiritualidade, dentre outras, são instituídas a fim de obter maior “prolongamento” da juventude. Ortega (2002, p.154) vai afirmar que

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

Essa subjetivação das atividades sociais como “práticas de saúde” pode ser identificada nos discursos desses profissionais e responsáveis pelos serviços públicos para a pessoa idosa no município quando relatam programas e serviços de promoção da saúde local, conforme demonstram alguns fragmentos discursivos abaixo:

(...) Tem alguns grupos que faz atividade física, tem alguns grupos que fazem é atividades recreativas, tem outros grupos que fazem trabalhos manuais, enfim é muito variado essa educação em saúde porque a gente entende que não é só você ir lá só falar de uma doença, né? mas sim reinseri-lo no convívio social(Coord. PSF)

(...)nós tamos inserindo os idosos nos, nos jogos comunitários, né? nós agora recentemente estivemos em Chapecó participando dos jogos das pessoas da terceira idade, nós tamos tentando fazer nossa parte como uma forma

de mobilizar e dar realmente condição pra que essas pessoas se sintam úteis ainda né?”(Sup. Esportes)

(...) O meu programa Envelhecer com Saúde, na qual nós hoje realizamos em 20 bairros do município, ele é uma vez por semana, é na qual a gente vai eles passam a tarde com a gente lá, a gente trabalha a parte de artesanato, na parte de que, que a gente quer com artesanato? Que eles tenham, né? fazer algum trabalhinho, aqueles que têm condições, né? para a gente trabalhar a parte cognitiva, né? a coordenação motora e pra alguns ainda é fonte de renda, ta? (...) fazemos algumas brincadeiras, a parte de lazer, né?, alguns jogos, né?, e como eu disse atividades físicas também, nós temos a os nossos professores de educação física que vão a esses grupos e que fazem e a gente faz assim ã a, a parte de... de evento que é pra integrar ele, datas comemorativas, reunimos aquele pessoal, então vão dia das mães, é na semana. No início do mês eu fiz uma tarde dançante, reunimos todos os grupos pra ter essa integração com eles. Isso na verdade é o Programa Envelhecer que hoje a gente ta com aproximadamente 600 participantes, né? (Dir. Terceira Idade).

Existe a subjetivação da velhice sendo produzida a partir de valores como fase de completude, momento de desfrutar a vida, de liberdade plena; entretanto ela é parcial, restrita, possível apenas a um grupo limitado de pessoas idosas capazes de se auto sustentar, cujo poder aquisitivo permite que sejam inseridas no grupo de “consumidores” sociais. A maioria da população idosa brasileira, cuja estrutura financeira os insere na linha de pobreza ou de vida “economicamente controlada”, está localizada em um “não-lugar” social que faz com que seus relacionamentos sejam percebidos como “travessuras” ou “artes”, que sejam designados ou tratados por diminutivos como “bonitinhos”, “engraçadinhos”, “fofinhos” ou ainda ironicamente transmutados em grupo da “melhor idade” (SWAIN, 2006).

Durante o período de trabalho de campo tive a oportunidade de acompanhar, como observadora, o trabalho de alguns profissionais. Nos atendimentos foi possível identificar o uso de um vocabulário infantilizado quando era feita referência a algum comportamento específico do (a) idoso(a) como: “ele é danadinho”, “vou contar a ela que você não está comendo tudinho”, “vou contar à doutora que você anda querendo tomar banho”; nos atendimentos clínicos as frases pródigas em reducionismos eram mais freqüentes como: “deixa eu

examinar seu olhinho”, “tira sua sandalhinha e deita aqui pra eu ver esse pezinho”, “levanta bem o bracinho, isso... muito bem!”. Para Swain (2006) “adentrar a velhice, nesse universo de sentidos, significa perda: perda de importância, de status, de auto-estima” (p.262).

Essa recriação dos corpos através dos discursos através de uma linguagem generalizante nos molda, nos transforma em seres neutros, assexuados. Não mais homens ou mulheres, apenas idosos. Esse dispositivo de biopoder institui uma nova “bolsa de valores social” cujo empreendimento a ser investido é o corpo jovem, cujos índices de cotação são beleza e idade, onde o envelhecimento faz decrescer o valor do sujeito-corpo, do *Homo economicus* biopolítico neoliberal.

#### **7.1.6. Reprivatização da velhice: sob o predomínio do olhar**

Na atualidade, conhecer como funcionam os discursos é fundamental. É necessário identificar não só de que modo eles funcionam, mas também como eles estão sendo produzidos e regulados e quais efeitos sociais estão gerando.

A noção foucaultiana de discurso preconiza que é através dele e por ele que a noção de realidade se instaura, instituindo “regimes de verdade”, produzindo “efeitos de verdade”. A “política do conhecimento” regula, autoriza e faz circular determinados discursos como válidos, pois os correlaciona a noções específicas de ciência e desautoriza, invalida outros tantos que não são considerados “científicos” ou “racionalistas”. Assim, o conhecimento científico adquire o *status* de ser “encarregado de dizer o que conta como verdadeiro” (GORE, 1999, p.10).

A noção de “verdade” é central nos trabalhos de Foucault (1988) sobre poder-saber, pois o filósofo considera que é a “verdade” que delega poder:

“A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela

acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.” (p.12).

Esse novo olhar analítico lançado por Foucault sobre o termo verdade vincula-o a uma economia política da verdade produzida pelos discursos científicos, incitada por uma política e uma economia e difundida, distribuída para consumo através de importantes aparatos das tecnociências. (CASTRO, 2009).

Em um país cuja cultura imprime relevância a superfície dos corpos, a sua aparência física, com importante culto à beleza, à juventude e à sensualidade, o envelhecimento da população transcendeu a esfera privada e se transformou em uma questão biopolítica. Para tal, um conjunto de orientações e intervenções foi definido e implementado pelo Estado instituindo um campo de saber específico – a Gerontologia – a fim de não só formar especialistas no envelhecimento, mas reinterpretar de forma legítima os próprios entendimentos de velhice. Como consequência, a Gerontologia no Brasil tem procurado realçar os ganhos que o avanço da idade traz e tem divulgado o que se pode chamar de “uma nova categoria cultural”, que subjetiva as pessoas idosas, como “um conjunto” homogeneizado, autônomo. A velhice então é redefinida como estágio avançado de vida propício a novos prazeres, novas conquistas, guiadas pela satisfação pessoal, cujos “saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de um recomeço em que novas identidades podem ser exploradas de maneira criativa”. Tais saberes autorizam a prática de modos específicos de gestão da população com mais de 60 anos. Nesse processo, Debert (2003, p.11) chama a atenção para um fenômeno que ela denomina de “reprivatização da velhice”, entendida como “sua transformação em um problema de indivíduos negligentes que não se envolveram no consumo de bens e serviços capazes de retardar seus problemas”.

Esse raciocínio coloca em tensão o próprio comportamento do(a) idoso(a), atribuindo-lhes a responsabilidade pelas escolhas de estilo de vida e, conseqüentemente, por possibilidades de ocorrências danosas à saúde. Então, é como se de alguma forma, as pessoas 'escolhessem' exposições a riscos como formas de levar suas vidas.

Neste sentido, alguns profissionais, ao analisarem os fatores que impediriam uma vida saudável na velhice indicam os hábitos e estilos de vida adotados pelos sujeitos como os determinantes ao jogo do bem-estar e da saúde na velhice.

(...) acho que os hábitos deles mesmo. Tem muitos assim oh, que eles sabem, eles têm orientação, sabem que não devem fumar, eles sabem que devem evitar tais alimentos porque são diabéticos e mesmo assim não se cuidam. Então talvez assim que esse seja uma falta de auto-disciplina e que talvez seja induzida pela família, poderia ser né?, porque eles têm informação. Aqui os nossos grupos principalmente têm informação. Aqui a gente sempre está com palestrantes, com cursos né? nesse sentido. Mas as vezes lá em casa vê o negócio é diferente né? Chega em casa e não a coisa ali, ah...a gente acaba não fazendo. Então acredito que seja mais nesse sentido assim da pessoa se conscientizar e fazer valer aquele conhecimento que adquiriu (Coord. Alteri)

(...) eu penso assim... num é preconceito não, mas assim...o velho já tem mesmo pela idade né?, vários problemas, mas se se, se ele daí não faz a parte dele fica pior.(...) A gente tem feito tudo que pode, com todas as dificuldades mas a gente faz tem feito, né? mas eles também né? a gente vai lá ensina, diz tudo direitinho mas eles num faz nada ou só faz o que quer, daí num dá pra reclamar depois que tá com dor, que caiu, quebrou...(Agente Comunitário de Saúde2)

(...) em parte muito é pior porque eles são muito teimosos sabe? Coisa de velho né? a gente vai nas casas, orienta, diz...a prefeitura... você não sabe do, do projeto daqueles dos banheiros<sup>25</sup>? Então... eles que não usam o que a gente diz que é pra fazer. A teimosia deles é o principal, o problema né? principal (Agente Comunitário de Saúde3).

---

<sup>25</sup> A informante faz referência a um Projeto de saneamento desenvolvido pela Secretaria de Saúde municipal. Na cidade ainda são freqüentes as residências, nos bairros pobres, que possuem como instalações sanitárias as chamadas "casinhas" ou "patentes". O referido Projeto teve como finalidade melhorar as condições de saúde desse grupo populacional através da "doação" de 100 "banheiros". Nas residências selecionadas foram instalados banheiros de alvenaria ou pré-fabricados, equipados com vaso sanitário e lavatório. Os moradores receberam visita de Agentes Comunitários de Saúde que informavam sobre a função do banheiro, como usá-lo e a importância do uso do mesmo para a saúde. Após um mês a equipe do Projeto retornou as residências para saber como estava sendo, para aqueles moradores "viver com banheiro" e ficaram surpresos ao descobrir que na maioria das casas o local havia sido "transformado". Os usos dados ao local foram múltiplos: depósito de ferramentas, criadouro de animais, jardim (o vaso se transformou em local de plantação).



Tais entendimentos ganham mais importância em nossas análises devido ao fato de serem entendimentos de verdades sobre a velhice vinda de profissionais que atuam nos chamados “serviços de ponta”, ou seja, diretamente envolvidos com a população alvo dos programas. Essa homogeneização da velhice traduzida em frases como: “velho é assim mesmo” ou “coisa de velho” classifica, reduz e culpabiliza o sujeito por não exercitar aqueles que seriam os “comportamentos de saúde adequados”.

Não só a reprivatização da velhice, mas também a noção desta como etapa da vida, associada a um corpo e evidenciada na superfície deste através de suas rugas, dobras, fragilidades e pouca vitalidade ainda se faz presente nos discursos daqueles que são os responsáveis por nortear as ações políticas públicas; conforme fragmentos apresentados abaixo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia:

“Cumprir notar que os idosos são **potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência**. Esse grupo sabidamente **apresenta** uma grande carga de **doenças crônicas e incapacitantes**, quando comparado a outros grupos etários” (PNSPI, 2006, p.5) [grifo nosso]

“O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional” (PNSPI, 2006, p. 6)

“Art. 3º - A S.B.G.G. tem como objetivos fundamentais:

c) Estimular iniciativas e obras sociais de **amparo à velhice** e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisa relacionadas com a Geriatria e Gerontologia; [grifo nosso]

f) Sugerir e solicitar junto dos poderes competentes, as medidas que lhe pareçam adequadas em benefício da Saúde Pública e do **amparo aos Velhos**; (Estatuto SBGG Nacional, Aprovado na Assembléia Geral Ordinária realizada dia 6 de novembro de 2004, na cidade de Santos-SP). [grifo nosso]

Esses discursos de velhice como estágio de vida que necessita de amparo, que cursa com doenças e fragilidades e é consumidora de serviços de saúde se reproduzem nos discursos dos

sujeitos idosos(as) que se posicionam e subjetivam como sujeitos que necessitam de cuidados físicos, emocionais e medicamentosos assim como de amparo do Estado, governos e ou familiares, enfim, como alguém, de algum modo incapaz, frágil:

“eu acho assim que quando a pessoa é idosa, eu acho que primeiro tem que ser a criança e o idoso, tem que ser primeiro a ser atendido, eu acho, na minha opinião. Porque o idoso é difícil ficar, esperar, de espera numa fila e ficar de pé. Muitas vezes eu desmaiei, da, da, da pressão alta demais” (Rosa, 66 a)

“porque o idoso normalmente é aquele que precisa de mais coisa, mais remédio, né?, mais atendimento e coisa assim”(Mario, 68a)

“a pessoa idosa ela tem muita dificuldade, né?” (Joana, 62a)

“Eu penso que seja um pouco de boa vontade, dedicação das pessoas, principalmente dessas pessoas que sobra tempo, que tem e que tenha boa vontade para ajudar auxiliar essas pessoas(idosas)” (Lídia, 67a)

“... pro velho tudo é mais difícil, subir as ladeiras, andar muito, é muita dor né? Os ossos... tem a autrose nas juntas e e é difícil” (Jurema, 76a)

“as vistas num permite mais de fazer minhas costuras e o açúcar alto me deixa assim,,sabe...meia meia confusa mas é do açúcar...velhice tem preço”(Juciana, 79a)

Os discursos biopolíticos no município reproduzem não só os entendimentos, preconizados pelo Estado, através de sua política, que vinculam a velhice às categorias de fragilidade, vulnerabilidade e doença, como também o de pessoas idosas como “consumidoras de serviços de saúde e assistência”, equiparando a velhice com momento de consumo de medicamentos.

eu acho que a grande maioria dos idosos, é, eles têm a necessidade, né, de ter aquela atenção. De acolher bem, (...) com tempo às vezes mais alongado, porque eles têm esse tempo então automaticamente eles demandam do profissional mais tempo pra que sejam é bem orientados (Sec. Saúde)

a gente sempre costuma dizer, porque agora o idoso chega, atravanca o serviço porque ele fala muito pouco, porque ele fala muito baixo, porque ele gagueja, e eu estou sempre com pressa, sempre, né? e que a gente tenha um pouquinho mais de discernimento, de tranquilidade, porque amanhã

certamente estaremos nesse lugar e vamos querer um atendimento também de boa qualidade (Coord. Vigilância Epidemiológica.)

não sei se é por parte da família também ou dos profissionais da saúde ter um pouquinho mais de... de, de atenção porque as pessoas têm dificuldade de aprendizado, de gravar assim o que ele necessita tomar e pra que que serve e os horários. (Ass. Social ALTERI)

a gente precisa prestar atenção nos detalhes e avisar eles (idosos)...porque idoso esquece mesmo das coisas né? Já está fraquinho... (Agente Comunitário de Saúde 1)

Nos discursos oficiais onde “ser velho” é correr risco de adoecer, individualiza-se o idoso como aquele que não é capaz, que precisa ser cercado de cuidados, de atenção especial que vive em estado de isolamento e exclusão social. A ele(a) são oferecidas oportunidades – principalmente de atividades físicas – e sobre o(a) idoso(a) recai a responsabilidade de aderir a elas para ser então saudável.

Tais entendimentos sobre o(a) idoso(a) reafirmam os discursos epidemiológicos da saúde, onde o risco assume o lugar de “preditor” e legitimador das medidas de prevenção em saúde. Neste cenário, a ALTERI se apresenta como uma possibilidade diferenciada no município, na medida em que traz para o seu centro de convivência idosos(as) de bairros e asilados, oferecendo-lhes atividades interativas e procurando, através de seus dirigentes, mediar junto aos órgãos públicos, oportunidades de tratamento médico e assistenciais para seus associados. Entretanto, a própria Associação também pode ser entendida como um espaço biopolítico de reforço de exclusões, na medida em que todas as suas atividades se concentram em um espaço reservado, cujas ações passam ao largo das arenas públicas de reivindicações e de movimentos de conscientização dessas pessoas idosas para práticas de resistência, de liberdade.

#### **7.1.7. Práticas de liberdade na governamentalidade**

Na última fase de Foucault, descrita como ética, ele se detém no estudo das resistências em suas múltiplas dimensões e a definir os

espaços para a liberdade que a sociedade dá ou permite que sejam dados ao sujeito. Deste modo, o conceito de liberdade foucaultiano surge na análise das relações de poder estabelecidas entre diferentes sujeitos, assim como naquelas que o sujeito pode estabelecer consigo mesmo. Lembrando que para o filósofo, “só é possível haver relações de poder quando os sujeitos forem livres”, caso não haja liberdade o poder converte-se em dominação (FOUCAULT, 2006; CASTRO, 2009).

Assim, em suas investigações sobre as relações de poder na governamentalidade Foucault (2006) ressalta que existe sempre espaço para reações e respostas, caracterizando-as como práticas que possibilitam “constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter uns em relação aos outros” e prossegue destacando que são sujeitos livres aqueles que tentam “controlar, determinar, delimitar a liberdade dos outros” e que “para fazê-lo, dispõem de certos instrumentos para governar os outros”. Portanto, é a liberdade que fundamenta tanto a relação consigo mesmo quanto a relação com o outro permitindo que os saberes se engendrem e teçam suas redes (p. 286).

Algumas falas de pessoas idosas evidenciam o entendimento de que existem estratégias de negociação com os gestores do município, espaços e arenas possíveis de lutas em direção a reivindicação de direitos e, principalmente a conscientização da relação de poder, instituída entre eleitores e eleitos, e de que cabe a cada um o exercício de liberdade para uma velhice mais autônoma.

Muitos políticos se elegeram até hoje porque foi o idoso que colocaram eles lá e eles então eles esquece disso. (...) Eu acho que a política de Lages ainda ta devendo muito pro idoso. Eu(...) a política tai, novo prefeito, mas eu to cobrando muito isso. (...) sabe nesse ponto eu, eu, olho, reviso e penso. A gente tem que pensar num todo. Nós estamos pedindo o Posto de Saúde no Sagrado, que eu acho que é justo, não é porque é assim um bairro que tem assim casa chique que nós não merecemos um posto de saúde pra atender o idoso(...)nosso bairro é desprovido de: político(...) Nós estamos trabalhando pra isso, estamos com 1100 assinaturas, né? E tá na mão de um político aí. (Joana, 62a)

Mais respeito, e eles poderem ter assim uma vida melhor, mais digna, né? Porque se eles pegam um ônibus, conforme o

dia, se o motorista estiver meio azedo, se deixa o idoso, se vai num lugar... ah, precisa ver esses velhos aí nessas filas, né? (...) e eu sempre digo pra eles que eles tem que procurar o direito deles, tem o código, aquele, do estatuto do idoso, então eles que procurem os direitos deles que eles não... né? Não precisa discutir com a pessoa que faz mal pra eles, é só denunciar. (Sonia, 56a.)

(...) pra mim não, não funciona essa a lei do idoso, assim como devia de funcionar mesmo. Porque, acho que **falta mais empenho dos políticos, de nós mesmo que precisamos** (Ana, 60a.) [grifo nosso referente à ênfase dada pela entrevistada].

“falta de mais atendimento.(...) você chega no INPS, fica um mês lá pra pegar uma fila, uma ficha. As vezes vai de madrugada lá e não consegue pegar, eu acho isso aí muito incrível, porque não podia ser. (Celeste, 73 a.)

“... falta melhor atendimento e remédio. Esse é um problema sério, não sei quem é o culpado disso aí, se é o prefeito ou o secretário ou se é federal, mas esse é um problema sério em Lages, mas eu garanto a você que eu to vendo” (Saulo, 68 a.).

A idéia de um poder pulverizado, presente em todas as instâncias relacionais, introduzida por Foucault, aponta para a possibilidade de luta contra todas as formas de “submissão da subjetividade”. Pois, se é verdade que existe uma “vontade de poder”, de governabilidade sobre os outros, também é verídico o fato de que existe o poder como capacidade ou habilidade que cada um dispõe para modificar, destruir e usar coisas e recursos.

## 7.2 OUTRAS VOZES PARA PENSAR AS PRÁTICAS DE LIBERDADE: EDUCAÇÃO POPULAR E ESTUDOS CULTURAIS

Consideramos que esses discursos, ao estabelecerem certo modo de vida adequado para os (as) idosos(as), produzem sujeitos e subjetividades. Consideramos também que na atualidade outras vozes vêm buscando desestabilizar o que está aí colocado. O que poderíamos aprender a partir de outras vozes, que desestabilizam o que está aí colocado?

Atualmente a área conhecida como Educação Popular em Saúde<sup>26</sup> atua em uma vertente alinhada com a humanização, equidade e justiça social. Procura desenvolver “senso crítico” nos sujeitos a fim de que estes, entendendo os motivos políticos e sociais das questões, comprometam-se, elaborem propostas, cobrem ações públicas e transformem-se. Esta vertente tem sido amplamente adotada e divulgada por autores como Valla (1998, 1999, 2000), Stotz (1998), Brandão (1982) e Vasconcelos (1997, 2001) possui princípios metodológicos calcados nos pressupostos pedagógicos de Paulo Freire<sup>27</sup>.

Como esclarece Vasconcelos (1997),

“o adjetivo ‘popular’ presente no nome Educação Popular se refere não à característica de sua clientela, mas à perspectiva política desta concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas” (p.57).

A Educação Popular supera a vertente biomédica, que aborda a saúde através da doença, e incorpora as dimensões econômicas, políticas e socioculturais envolvidas na dinâmica saúde-doença-cuidado. Assis (2004) enfatiza que

“a dinâmica de manter-se saudável, adoecer e se curar é atravessada pelas determinações e influências do contexto social, devendo aí se remeter como possibilidade da construção de um pensar sobre o viver, sobre os constrangimentos que impedem a qualidade de vida e as alternativas buscadas para superá-los.” (p.42).

Importante lembrar que a Educação Popular não entende a educação como processo de produção de sujeitos que apenas

---

<sup>26</sup> Decorrente do documento A Educação em Saúde que a sociedade brasileira necessita: carta aberta à sociedade brasileira, resultante do Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular e 2º Fórum de Saúde OPAS/OMS/UNB, realizado em Brasília, em 04 de agosto de 2000.

<sup>27</sup> Educador e intelectual brasileiro, natural do Estado de Pernambuco, Paulo Freire (1921-1997) é mundialmente reconhecido por suas idéias e métodos inovadores no campo educacional. Dentre sua vasta produção literária destaca-se obras como Pedagogia do Oprimido (1968), Educação:prática da liberdade (1967), Extensão ou Comunicação (1982), Pedagogia da Esperança (1992) e Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa (1997).

reproduzem ações tidas como saudáveis, mas sim como um processo que abre caminho para o exercício pleno da cidadania, entendida aqui não apenas como liberdade de exercício pleno de direitos e de realização de escolhas.

A exemplo do campo da educação popular encontramos teóricos e estudiosos dos Estudos Culturais como Giroux (1999) e Silva (2002), que têm contribuído sobremaneira para o questionamento das práticas educativas. As reflexões, no âmbito da promoção e educação em saúde na terceira idade produzidas a partir de seus trabalhos, são fundamentais, na medida em que colaboram para desconstruir binarismos presentes nos discursos de educação em saúde e indagar sobre a formação do profissional de saúde que irá trabalhar com grupos vulneráveis e/ou fragilizados, como é o caso da maioria dos idosos brasileiros.

Os Estudos Culturais, ao abordarem a diversidade existente dentro de cada cultura, analisam não só as relações de poder e dominação constituídas entre nações, etnias, gêneros e orientações sexuais, mas sobretudo como tais relações assimétricas produzem movimentos de exclusão, resistência, hibridização cultural e identidades múltiplas. A evidência do caráter constituinte dos discursos, conforme postulado por Foucault, é incorporada aos estudos culturais, ajudando a questionar noções que essencializam o sujeito, imobilizando-o em categorias pré-definidas e fixas. Fundamentando ações educativas múltiplas, os Estudos Culturais vêm servindo de ponto de partida para ações comprometidas com a democracia e cidadania.

Conforme esclarece Giroux (1999), a educação construída sobre um alicerce de oposição binárias de certo/errado, adequado/inadequado além de ter, ao longo dos séculos, legitimado relações de opressão, dominação e exclusão social, também estabeleceu uma hierarquia entre os povos: o europeu colonizador e os outros, os colonizados. Nessa representação colonialista o outro é sempre classificado no pólo negativo da relação, sendo assim

marginalizado. Superar essa dicotomia de pensamento instituída permite admitir a diversidade, a diferença, a multiplicidade e complexidade.

A metáfora do colonialismo é útil para questionar a herança de pensamento através de oposições binárias, que dá lugar à classificação do sujeito como bom ou ruim, capaz ou incapaz, culto ou inculto. As ações de educação em saúde na terceira idade, ainda são restritas e calcadas em juízos dicotômicos, como aqueles que enquadram idosos(as) como capazes/incapazes, lúcidos(as)/demenciados(as) ou ágeis/lentos. Tal modo de pensar e significar a velhice impede uma ação real que integre a diversidade e as múltiplas potencialidades das pessoas idosas. Além do que, contribui para uma subjetivação das pessoas idosas estruturada na incapacidade e fragilidade.

Ver através de outras lentes, de filósofos e pensadores que questionam pressupostos do fenômeno educativo e práticas prevalentes, ajuda a repensar a promoção e educação em saúde na terceira idade, rumo a outras formas de direcionar e gerar ações que estimulem o pleno exercício da cidadania. Em outras palavras, a vertente crítica-reflexiva da educação também nos permite efetuar deslocamentos importantes em relação aos discursos e práticas instituídos para os sujeitos idosos.

O diferencial proposto pela Educação Popular e os Estudos Culturais se traduz numa prática que inclui não só os saberes do sujeito no processo de promoção de saúde, mas estimula, desenvolve e promove a cidadania. Na contramão desse entendimento sobre a noção de educação como uma estrutura formal, vinculada a ações específicas, caracteriza os discursos de gestores e profissionais no Município em questão. Educação e Saúde são vistas de forma estanque, prevalecendo uma linha de pensamento político-administrativa dissociada de ações integradora:

Eu não tenho conhecimento assim oh, especificamente da área da educação do município, né? Eu sei que a gente tem diversos trabalhos, tem grupos de idosos na Secretaria de Promoção Social, né? Mas eu assim não tenho um



conhecimento específico de que atividades eles realizam, mas eu acho que é fundamental como a gente colocou anteriormente, né? (Secretário de Saúde)

Bom, acho que a educação é fundamental né? porque eu acho que pra gente é ter um idoso é, com qualidade de vida lá no final a gente, acho que já tem que pensar mais tarde se a gente tem que começar com educação em todos os níveis, seja lá no primeiro nível, né?,(...) Hoje tem aquele, na verdade o CEJA, é alfabetização pra qualquer idade que a gente sabe que lá existe um específico pra pessoa idosa. Ações bem específicas realmente não têm (Diretora da Terceira Idade)

Aqui no postinho? No município? Não... não conheço não. Quer dizer, a senhora deve vê isso com a médica, né? A gente aqui, nosso trabalho, a gente vai nas casa, orienta né? Verifica a pressão, explica o tapete não pode, escorrega..vê os remédios se eles estão tomando direitinho..(ACS 1)

Não sei dizer, não. Tem os hiperdia e os grupos de diabetes. É isso? (Agente Comunitário de Saúde 2) Isso teria que vê na Secretaria de Educação, daí... (ACS 3)

Outras falas, bem menos freqüentes, evidenciaram deslocamentos em relação a visões mais abrangentes e integradas. Assim, foi possível identificar em alguns discursos a idéia de integração e de ação educativa como possibilidades embutidas em todas as ações de vida cotidiana.

A educação, eu acho que ela tá envolvida em todos os processos né? não se tem transformação de nada, né? se a gente quer uma qualidade de vida a gente precisa né? estar com a educação é...acontecendo. Então que, que eu vejo assim, oh! Que todos os momentos aonde você faz uma orientação, é um trabalho educativo. Seja é lá no consultório, seja lá no domicílio, no grupo, em todos os momentos eu acho que a educação, ela está ocorrendo (Coord. PSF).

Acredito que a educação, independente da formação, eu acredito assim, que o papel é de todos. Desde o agente de saúde, do técnico de enfermagem, do médico, da enfermeira, eu acho que cada pessoa que tão vinculada aos programas, por exemplo, o PSF, tem que ter uma capacitação, né?, uma educação continuada, né?, pra eles poderem ter esse essa rede de atendimento, né?, porque às vezes a... a visita domiciliar é muito importante e a pessoa que, que faz a visita é um agente de saúde, então ele é a referência do que ta acontecendo na comunidade. Então, a princípio teria-se que trabalhar bem independente do nível de graduação, de formação, trabalhar toda essa equipe, essa rede de atendimento (Assist. Social ALTERI).

Outro fator importante a ser destacado é o desconhecimento, por parte dos responsáveis pela implementação das ações e programas municipais para a pessoa idosa, do teor da Política Nacional que dá as diretrizes para as ações no âmbito da saúde, da educação, da previdência, dentre outras para a pessoa idosa. Quando questionados sobre o conhecimento que possuíam da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a avaliação que faziam da mesma e a aplicação da mesma no município os responsáveis demonstravam desconhecimento e reportavam-se ao Estatuto do Idoso, instrumento que dá as diretrizes referentes aos direitos sociais da pessoa idosa:

Olha o que conheço bem é o Estatuto, a Política em si na íntegra eu não conheço e também não vou responder né? a formulação porque eu realmente não, não conheço eu não vou responder (Dir. da Terceira Idade)

Eu vejo assim, que a gente tem, é, muitas leis, né? Nós temos é... a criação do Estatuto do Idoso também né, que, que prevê uma série de direitos pra essa população específica. Porém, na prática, isso não consegue se efetivar, né? Isso a gente vê aqui na saúde, a gente vê ali nos bancos, claro hoje tem as filas preferenciais e tal, mas não adianta ter uma fila preferencial que às vezes demora mais do que aquela outra que não é a preferencial, não é?(Sec. Saúde)

Olha, eu não conheço ela toda assim, mas a gente conhece algumas coisas, né? que é como eu falei das prioridades, de um atendimento integral, de ter profissionais capacitados, de trabalhar com a educação permanente desses profissionais, né? eu avalio que ela é importantíssima pro atendimento e ela nos dá diretrizes, né? também muito significativas pra esse atendimento ao idoso, acho que a gente já tentou aqui junto com o Conselho o COMID, pra desenvolver parcerias e pensar num programa específico para o idoso a partir dessa política, né?, mas a gente ainda não chegou nesse ponto (risos), mas acho que ela é importantíssima pro nosso atendimento”(Coord. PSF)

Eu conheço em partes, né? mas exatamente, profundamente eu não conheço tanto que nós não temos um programa que talvez se surgisse esse programa quem sabe a gente se envolvia mais e tentaria trabalhar mais direcionado, mas no momento eu conheço assim muito, muito pouco a respeito do Estatuto do Idoso, né? de algumas digamos assim, algumas prioridades e preferências que ele tem perante as outras categorias, as outras faixas etárias, mas é muito pouco ainda o que eu conheço (Coord. Prog. Vigilância Epidemiológica).

Muitas das ações de educação e promoção em saúde no Brasil, direcionadas para a população idosa, padecem de eficiência

devido a fatores como incapacidade política de implementar atividades educativas metodologicamente planejadas, desconhecimento das diretrizes legais para a consolidação das políticas públicas específicas ou conhecimento técnico-científico na área precário, por parte das autoridades responsáveis pela consolidação de políticas de saúde (Candeias,1997). Entretanto, esses discursos do “desconhecimento” do “não saber” estão nos falando de modos biopolíticos de “intervir” e “tratar” o envelhecimento e a velhice no Brasil. As propostas de ação junto à população idosa, preconizadas pelos discursos políticos apontam não para modos de existência que devemos abraçar ou rejeitar, mas sim para pontos de referência ou posicionamentos possíveis, sugeridos, a partir dos quais internalizamos limites questionáveis relativos ao que somos, ao que podemos ser e como podemos agir sobre nós mesmos. Melhor dizendo, discursos que nos remetem ao que Foucault considera ser nosso grande perigo na contemporaneidade: as práticas auto-normalizadoras cotidianas, corriqueiras, difíceis de serem notadas e denunciadas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante a trajetória deste trabalho exercitei o desafio de analisar as estratégias biopolíticas, teóricas e práticas, de educação e promoção da saúde da pessoa idosa a partir do pensamento foucaultiano. Procurei praticar a provocação que o pensamento do filósofo nos faz, no sentido de deslocar nosso entendimento sobre a “condição natural” dos fenômenos e sobre recusarmos em nós mesmos o que somos.

Também busquei identificar as sutis técnicas que subjetivam como “obedientes” os sujeitos idoso(as) nos discursos textuais das políticas nacionais para a pessoa idosa. Tais análises partiram do pressuposto foucaultiano de que a relação entre poder e saber pode ser utilizada como estratégia de dominação e entendida como

mecanismo através do qual nos tornamos sujeitos e ao mesmo tempo assujeitados aos outros e a nós mesmos.

Através de uma cuidadosa leitura dos documentos e das falas busquei encontrar de que forma tais discursos vêm estabelecendo verdades sobre a velhice e modos de envelhecer em Lages (SC). Entendo que essa grande preocupação biopolítica em intervir nos modos do envelhecimento humano, deveu-se a uma profunda crise instalada nos sistemas de saúde que não mais conseguiam gerir a velhice senil e frágil em desenvolvimento no país.

Com isso, a saúde da pessoa idosa vem se transformando nas últimas três décadas em um importante evento político. A ênfase dada aos discursos que associam promoção de saúde na terceira idade a “educar” ou ensinar a desenvolver comportamentos de autodisciplina e atividade física não problematizam devidamente a questão. Entre outros aspectos, é ignorado que a velhice não constitui um processo homogêneo, linear e determinista, e que, portanto, deve ser analisada a partir de uma determinada “realidade” considerando sua complexidade e especificidade.

As noções de saúde/doença, resistência, força, agilidade, prazer, sofrimento e dor estão impressos no corpo. É a partir delas, também, que a sociedade imprime o seu controle sobre os sujeitos, conforme nos alerta Foucault (1998). Assim, o binômio corpo-saúde se constitui, na atualidade, objeto de grande investimento político, em especial junto à população idosa.

Assim, neste estudo foi possível identificar, no interior dos discursos políticos um entendimento de velhice como algo possível de ser “contido” ou paralisado em seu processo. Tais entendimentos se concretizam nos documentos na forma de sugestões, conselhos, e encaminhamentos de procedimentos a serem adotados pelos sujeitos a fim de que consigam manterem-se jovens, ativos e autônomos, apesar da idade.

No interior do discurso que aponta a saúde como decorrente apenas de um “estilo de viver” saudável, identifiquei o silenciamento de

importantes questões sanitárias e político-administrativas. Tais discursos têm contribuído para estreitar os laços que vinculam saúde a atividade física e práticas corporais que visam romper com o sedentarismo.

As estratégias biopolíticas de governo utilizam a noção de “risco” como principal estrutura vinculada a Educação em Saúde, a fim de posicionar os sujeitos como os principais responsáveis por instituir em suas vidas hábitos e escolhas saudáveis. Nesta lógica, a Educação em Saúde é reduzida ao ato de informar sobre as patologias e morbidades que podem atingir ou se “instalar” no organismo idoso (a). Com esta função orientadora e informativa, as ações tidas como educativas visam classificar os modos de viver em categorias excludentes como: saudáveis/não-saudáveis; adequados/inadequados; ativo/sedentário; orientar os sujeitos para um “bom” gerenciamento de sua própria vida e subjetivar os sujeitos como os principais responsáveis por uma velhice “boa” ou “má”.

Conforme Castiel e Diaz (2007), países cuja distribuição de renda caracteriza-se por uma forte desigualdade, como é o caso do Brasil, apresentam graves “patologias sociais” que produzem corpos frágeis, enfermos e vulneráveis. Adotar como principal estratégia para promoção de um envelhecimento saudável especificamente a prática de exercícios físicos, é buscar instituir um paradigma por demais reducionista e de exacerbada responsabilização pessoal para a questão da saúde da população idosa brasileira.

Vale destacar que os discursos vêm estabelecendo uma nova configuração populacional “entre os que rejeitam ativamente o envelhecimento e os que negligentemente se deixam envelhecer”. Deste modo, Debert (2003) enfatiza que a velhice fica caracterizada como resultado de uma espécie de má escolha de modos de viver, efetuada por “indivíduos descuidados” e “incapazes” de adotar estilos de vida e serviços de combate ao envelhecimento.

É importante esclarecer que reconheço a importância das ações que visam estimular a prática de atividade física pela população

idosa; entretanto, entendo que elas devem vir associadas às múltiplas outras dimensões essenciais para a vida plena e saudável – aspectos culturais, condições básicas de vida que dizem respeito à moradia, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde. Assim, preocupei-me com a excessiva ênfase na ginástica como promotora de saúde, o que denuncia a perda da perspectiva da totalidade e complexidade do ser humano, e de todas outras dimensões de saúde e educação que deveriam estar sendo contempladas.

O que visei, sobretudo, evidenciar foi o caráter disciplinador dos discursos de “orientações para uma vida saudável na velhice”, que patologizam o envelhecer, individualizam a responsabilidade pela saúde e subjetivam os(as) idosos(as) para certas maneiras de ser que os enquadram em uma perspectiva reducionista de vida. Tais discursos que visam apenas legitimar o que seria entendido como vida saudável ou sedentarismo, ou normal e anormal para a saúde, assujeitam-nos. (Foucault, 1987)

Foucault realiza a análise das relações do sujeito consigo mesmo, através das práticas de liberdade. Nesse sentido, nos indica a possibilidade de resistência, de desenvolver “pontos de fuga” para esse olhar que ameaça de exclusão a velhice que não “tem” um “espírito jovem”, que não se transforma em moderno(a) e que não luta por ser cada vez mais jovial, dinâmica e ativo(a).

Nesse sentido é importante pensar sobre aqueles que se recusaram a participar desta pesquisa. Entender o silêncio daquelas pessoas idosas como um discurso que “falou” de coisas como: atitude, defesa, ataque, medo, desinteresse ou provocação, me remeteu a recomendação dada por Foucault (2002, p.56) de não tratar o discurso como signos, como elementos significantes que se referem a determinados conteúdos ou a representações, mas “como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam”. Assim, o caráter produtivo desse discurso que não nomeou coisas, que se recusou a discorrer sobre fatos, para mim foi entendido como um modo de resistência.

Como nos diz Castelo Branco (2002, p.182), as verdadeiras modalidades de lutas praticadas na atualidade, são

“lutas de resistência contra o gigantesco aparato, técnicas e procedimentos desenvolvidos para conhecer, dirigir e controlar as vidas das pessoas, seus estilos de existência, suas maneiras de sentir, avaliar, pensar. Essas técnicas e saberes, dentro do projeto de otimização do poder, tem o objetivo explícito de conhecer e controlar a vida subjetiva de cada um dos membros submetidos aos seus campos de ação, de maneira que Foucault alerta que a técnica característica do poder moderno é dispor, simultaneamente, de técnicas totalizantes e procedimentos que visam o ‘governo por individualização’”.

Considerado na contemporaneidade como o substituto do poder pastoral, esse governo por individualização ou normalização, instituiu novos procedimentos de conhecer a consciência das pessoas, explorar suas almas, desvendar seus segredos mais íntimos. Através de instrumentos como enquetes, pesquisas e relatórios bancos de informações são alimentados, disponibilizando dados cada vez mais detalhados sobre os sujeitos e propiciando melhores condições para sua condução.

“O resultado desse processo de controle nada mais é do que o sujeito assujeitado a normas e padrões de constituição de sua subjetividade, e auto-identificado através de regras previamente perpetradas de conduta” (ibid, p.182).

Deste modo, cá estou eu alimentando os bancos de dados do poder com mais informações sobre os entendimentos, as subjetividades de pessoa idosas e lá estão eles, sujeitos do silêncio, em suas lutas de resistência contra o controle e direção de suas vidas.

Também estou nesta caminhada procurando subjetivar minha própria velhice. Que noção de velho (a) estamos objetivando em nós mesmos? Como estamos nos posicionando como sujeitos de uma velhice em processo? Os discursos se mostram como “direcionadores” ou educadores de “boas velhices” para todos nós, viajantes do tempo. Apresentam-se como vitrines a desfilar “modelos” possíveis e nós somos convocados a bem escolher, cada vez mais cedo, qual velhice

queremos viver. O ditado popular poderia ser assim redigido: Diga-me como andas vivendo e eu te direi que velho serás!



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATH, R.J.; IRELAND, T. Os grupos de mulheres no estado da Paraíba na conjuntura de novos espaços: um estudo de caso. 2000. <http://www.istr.org/conferences/geneva/confpapers/ireland.&.abath.html> > acessado em 28/02/2006.

ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. 2.ed., Salvador: APCE-ABRASCO, 1997.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETTI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, R.; Parker, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, p. 50-71.

BARCELLOS, J.P. O feminino nas histórias em quadrinhos: a mulher pelos olhos dos homens. 1999. Disponível em: [http://www.eca.usp.br/agaque/agaque/ano2/numero4/artigosn4\\_1v2.htm#fn8](http://www.eca.usp.br/agaque/agaque/ano2/numero4/artigosn4_1v2.htm#fn8) [acessado em 10/03/2006].

BARROS, M.M.L. O olhar antropológico: algumas reflexões sobre a questão da mulher e da velhice. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, 0(1):121-122, 1996.

BAUER, M.W.; GASKELL, G.; ALLUM, N.C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento – evitando confusões. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis(RJ): Vozes, 2002, p.17-36.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 3. ed., S. Paulo: Editora Ática, 1999

BERNSTEIN, P. L. **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. 20.ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 1997.

BESLEY, T. Foucault, o falar a verdade e as tecnologias do eu: as práticas confessionais do eu e das escolas. In: PETERS, M. A.; BESLEY, T. e col. **Por que Foucault: novas diretrizes para a pesquisa educacional**. Porto Alegre : Artmed, 2008, p.65-80.

BIRMAN, J. Os sentidos da saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v.9, n. 1, p.7-12, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1999.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e os métodos**. Lisboa: Porto, 1991.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996.

BRANDÃO LOPES, J.R.; GOTTASCHALK, A. Recessão, pobreza e família: a década pior do que perdida. **São Paulo em Perspectiva**, v.4, n.1, p.100-109, São Paulo: Seade, jan./mar., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1975.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, nº 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vamos promover nossa saúde?** Brasília. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde. 2006.

BRICEÑO-LÉON, R. Perspectiva cultural do risco In: VERAS, R.P.; BARRETO, M.L.; ALMEIDA FIHO, N.; BARATA, R.B. (Org). **Epidemiologia: contextos e pluralidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 1998, p.121-131.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P.E.; SANTOS, E. K. A, A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2006, 15 (Esp): 152-7.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZRESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003, p.15-38.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60. Rio de Janeiro : IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (org.) **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60. Rio de Janeiro : IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. Cap. 10, p. 88. In: FREITAS, E.V. *et al.* (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CANDEIAS, N. M. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**. 8(1) 109-124, 2003.

CARDOSO Jr., H.R. Foucault e Deleuze em co-participação no plano conceitual. In: In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.) **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. 2002, p.185-197.

CARVALHO, C.B. **Concepções e representações de envelhecimento e sujeito idoso**: uma contribuição para o ensino mediante conhecimentos favoráveis á inserção social. 1v. 183p. Tese Doutorado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Marília – Educação, 2004a.

CARVALHO, S. R. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678. 2004b.

CASTELO BRANCO, G. As lutas pela autonomia em Michel Foucault. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.) **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. 2002, p. 175-184..

CASTIEL, L.D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde—Manguinhos**, III (2):237-264, jul./out, 1996.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A-D. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2009.

CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso – Rio Grande do Sul)  
Considerações finais. In: **Os Idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida. Relatório de Pesquisa (CEI-RS, org.), p. 71, Porto Alegre: CEI, 1997.

CHAIMOWICZ, F. A. saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, 31(2): 184-200, 1997.

COELEN, T. Pedagogia e cuidado de si nas relações mestre-aluno na Antiguidade. In: PETERS, M. A., BESLEY, T. e col. **Por que Foucault**: novas diretrizes para a pesquisa educacional. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 55-64.

COSTA, L. S. M. A. **Educação em Saúde e suas versões**. Disponível em [www.scielo.br/pdf/cscv6n17023.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cscv6n17023.pdf) acessado em 20/03/2008.

COSTA NETO, M. M. & SILVESTRE, J. A. **Atenção à Saúde do Idoso – Instabilidade Postural e Queda**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

CZRESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde: conceitos reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.15-38.

DAMASIO, C.R.H. Michel Foucault e o cuidado de si. **Revista Espaço Acadêmico** –Nº 73 – Junho/2007 . [www.espacoacademico.com.br](http://www.espacoacademico.com.br) acessado em 25/01/09.

DEACON, R. & PARKER, B. Educação como sujeição e como recusa. In: SILVA, T. T. (org.) **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Editora da USP, 2003.

DERNTIL, A. M.; WATANABE, H. A. W. **Promoção da saúde**. USP, 2004

DUARTE, A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, M, VEIGA-NETO, A.(org.) **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 75-85.

FERNANDES, W. R. **O cinema como prática discursiva: ouvindo mulheres idosas**. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2004.

FISHER, R. M. B. Foucault e o desejável conhecimento do sujeito. **Educação e Realidade**, n. 24, v.1,p. 30-59, jan/jun, 1999.

FISHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, Nov, 2001.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 6.ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

\_\_\_\_\_ **A história da sexualidade III: o cuidado de si**. 4.ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985

\_\_\_\_\_ **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. 10.ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

\_\_\_\_\_ **As Tecnologias de Si**. Traduzido por Wanderson F. Do Nascimento e Karla Neves. A partir de: FOUCAULT, Michel, Dits et écrits. Paris : Galimard, 1994, vol. IV, p. 783-813.

\_\_\_\_\_ O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

\_\_\_\_\_ **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_ **A ordem do discurso**. 7.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

\_\_\_\_\_ **A arqueologia do saber**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002a.

\_\_\_\_\_ **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002b.

\_\_\_\_\_ **Ética, sexualidade, política**. 2.ed., São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

\_\_\_\_\_ **Estratégia, poder-saber**. 2.ed., São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

\_\_\_\_\_ **A hermenêutica do sujeito**. 2.ed., São Paulo: Martins Fontes, 2006c.

\_\_\_\_\_ **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

\_\_\_\_\_ **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_ **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

GADELHA, S. Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GALLO, S. Cuidar de si e cuidar do outro: implicações éticas para a educação dos últimos escritos de Foucault. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. **Foucault 80 anos.** Belo Horizonte: Autêntica, 2006a.

GALLO, S. Foucault: (re) pensar a Educação. In: RAGO, M, VEIGANETO, A.(org.) **Figuras de Foucault.** Belo Horizonte : Autêntica, 2006b, p. 253-260..

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade.** São Paulo : Editora UNESP, 1991.

GIROUX, H. A. **Cruzando as fronteiras do discurso educacional – Novas políticas em educação.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

GOLDANI, A. M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades. In: GALVÃO, L., DIAS, J. (orgs.). **Saúde reprodutiva e sexual no Brasil: dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_ Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, A. A. **Muito Além dos Sessenta: os novos idosos brasileiros.** Cap. 3, Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 75-114.

GOLDMAN, S.N. Velhice e direitos sociais. In: GOLDMAN, S.N., PAZ, S.F. *et al.* **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro : CBCISS, ANG/RJ, 2000.

GORE, J. M. Foucault e educação: fascinantes desafios. In: SILVA, T. T. (org.) O sujeito da educação: estudos foucaultianos. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999, p.9-20.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGANETO, A. (org.). **Figuras de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GUIVANT, J. S. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro a teoria social. **Revista Brasileira de Informações Bibliográficas** - ANPOCS. Nº 46, p. 3-38, 1998.

GUIVANT, J.S. A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: entre o diagnóstico e a profecia. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v.16.p.95-112, 2001.

HALL, S. **Identidade cultural na pós-modernidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

HANSEN, J.A A civilização pela palavra. In: LOPES, E.N.T.; FARIA FILHO, L.M.; VEIGA, C.G. (ORG.) 500 Anos de educação no Brasil. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2000.  
[www.lages.sc.gov/cidade/perfil.php](http://www.lages.sc.gov/cidade/perfil.php) (acessado em 08 de janeiro 2008).

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CIDADES**  
[www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1) (acessado em 04 de junho de 2008)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
<http://www.ibge.gov.br> (capturado em 12 de setembro, 2009).

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. *et al.* (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

KACHAR, V. **Longevidade: um novo desafio para a educação**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

KOMATSU, R.S. **Aprendizagem Baseada em Problemas na Faculdade de Medicina de Marília**: sensibilizando o olhar para o idoso. 1v. 234p. Tese de Doutorado. Universidade Est.Paulista Júlio de Mesquita Filho/Marília – Educação, 2003.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.Ciência & Saúde Coletiva. V.13, n.4. jul/ago.,p. 1107-1111, 2008.

L'ABBATE, S.; SMEKE, E. L. M.; OSHIRO, J. H. A educação em saúde como um exercício de cidadania. **Saúde em Debate**, 37: 81-85, mai-jun, 1992.

\_\_\_\_\_ Educação em Saúde: uma Nova Abordagem, **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, out-dez, 1996.

LAZZARATO, M. Biopolítica/ bioeconomia. In: FRICHE PASSOS, I. (org.). **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. 2008, p.41-52.

LEVY, S. N. *et al.* **Educação em Saúde. Histórico, conceitos e propostas**. Disponível na Internet em <http://www.datasus.gov.br/cns>, acesso em 12/05/2008.

LIMA, R. A. S. **A construção do envelhecimento**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestrado em Gerontologia, 2004.

LISBOA, J. C. L. **A educação na relação entre médico e paciente: um estudo de caso com a população geriátrica em IJUÍ (RS)**. 1v. 173p. Dissertação de Mestrado. Univ. Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Educação nas Ciências, 2004.

LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade. In: LOURO, G.L. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p.8-34.

LOMÔNACO, A. F. S. **Concepções de Saúde e cotidiano escolar - o viés do saber e da prática**. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t063.pdf> acessado em 08/06/2008

LUZ, M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MACHADO, M. L.T. **Educação e saúde: concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde**. São Carlos : UFSCar, [Dissertação de Mestrado. p. 167], 1997.

MAGALHÃES, I. Teoria Crítica do discurso e texto. **Revista Linguagem em (Dis)curso**. V.4, n. especial, 2004.

MAKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA V., PESSINI L (org.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003, p. 59-70.

MENDONÇA, J.M.B. **Políticas do Ministério da Previdência e Assistência Social**. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/66.rtf> Acessado em: 25/07/1997.

MENDONÇA, E.A.P. **Representações Sociais como Objeto de Práticas Educativas na Promoção da Saúde no Climatério-menopausa**. 1v. 225p. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, 2004.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

MEYER, D. E. e col. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun., 2006.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília (DF): MS., 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE .Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS, 2006.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n.1, p.79-94, jan./jun., 1998.

NEGREIROS, T.C.G.M. Sexualidade e Gênero no Envelhecimento. **ALCEU**, v.5, n.9, p.77-86, jul/dez., 2004.

NERI, M. C. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A.L. (org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.p.91-107.

NOGALES A. M. V. A mortalidade da população idosa no Brasil. *Como Vai? População Brasileira*, Ano III, n. 3, p.24-32, Brasília: IPEA, dez., 1998.

NUNES, C. (Des) encantos da modernidade pedagógica. In: In: LOPES, E.N.T.; FARIA FILHO, L.M.; VEIGA, C.G. (ORG.) **500 Anos de educação no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

OLIVEIRA FA *et al* Doenças infecciosas como causa de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 37: 33-36, jan-fev., 2004.

ORTEGA, F. Da ascese à bioascese. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.) **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. 2002, p. 139-173.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo : Atheneu, 1996.

\_\_\_\_\_ Estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. *et al.* (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M.R.; BETTINELLI, L. A. **Envelhecimento humano: desafios e perspectivas**. Passo Fundo: UPF., 2004

PAZ, S. F. **Espelho, espelho meu...** imagens que povoam o imaginário social da velhice e do idoso. Rio de Janeiro: CBCISS., 1997.

\_\_\_\_\_ O Estatuto do Idoso In: FREITAS, EV *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1402-1409.

PEIXER, Zilma Izabel. **A Cidade e seus tempos:** o processo de constituição do espaço urbano em Lages. Lages: Editora: UNIPLAC., 2002.

POL-DROIT, R. **Michel Foucault** – Entrevista. São Paulo: Graal, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTELLA, M. R. **Cuidar/Educar para um envelhecer saudável:** a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo/RS. 1v. 144p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina – Enfermagem.1998.

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

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. C.; KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**,n.8, 1993, p.313-323.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun. 2003.

RIBAS, M. R.C .T. R. Idade de Mulher. In: BAKKER FILHO, J.P. (org.) **É permitido colher flores?:** reflexões sobre o envelhecer. Curitiba: Champagnat, 2000, p.201-212.

ROHDEN, F.A. Construção da Diferença Sexual na Medicina do Século XIX cap.4. p.101-131. In: GRANDO, JC **A (des)construção do corpo**. Blumenau: Edifurb, 2001.

SABÓIA, V.M. **Educação em Saúde:** a arte de talhar pedras. Niterói: INtertexto, 2003.

SÁNCHEZ, A. I.M, BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, Rio de Janeiro, mar-abr. 2007.

SANT'ANNA, M. R. **O velho no espelho: um cidadão que envelheceu**. Editora da UFSC, 2000.

SANTIAGO, J. Foucault e o neo-higienismo contemporâneo. In: FRICHE PASSOS, I. (org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. 2008, p.53-62.

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V.; COSTA, N. E. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento. p. 1394. In: FREITAS, EV *et al.* (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

SAUT, R. B. *et al.* **O Estatuto do Idoso: um diálogo urgente**. Blumenau: Editora Nova Letra, 2005.

SCHRAMM, J. M. A. *et al* Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v9, n.4. 2004.

SIDORENKO, A. & WALKER, A. Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (MIPAA): da concepção à implementação. **Ageing and Society**, 24, p.147-65. 2004.

SILVA, J. O. **Educação e saúde: palavras e atos**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2001.

SILVA, T. T. A Poética e a política do currículo como representação. <http://acd.ufrj.br/pacc/z/rever/1/ensaios/Tomaz.html> acessado em 09/05/2002.

SILVA, C. M. C. e *co*/ Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2007.

SILVESTRE, J. A. & COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):839-847, mai-jun. 2003.

SOARES, C. L. Pedagogias do corpo: higiene, ginásticas, esporte. In: RAGO, M, VEIGA-NETO, A.(org.) **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte : Autêntica,2006, p. 75-85.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6):1277-1311, nov-dez, 2001.

STOCKINGER, G. A teoria sociológica de Luhmann. 1997.Disponível em [www.pretextos.com.br](http://www.pretextos.com.br). Acessado em 21/11/2007.

STOTZ, E.N. y VALLA, V.V. Desenvolvimento de habilidades pessoais. In: BUSS, PM (coord. e editor) **Promoção da Saúde e a Saúde Pública**. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SWAIN, T.N. Velha? Eu? Auto-retrato de uma feminista. In: RAGO, M, VEIGA-NETO, A.(org.) **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte : Autêntica, 2006, p. 261-270.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A. & LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA, J. R. (Org.) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**, pp. 25-35, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002.

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):849-853. 2003.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (supl 2):07-18, 1998

\_\_\_\_\_Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(Sup.2):7-14, 1999.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde**. pp.11-20. São Paulo: Hucitec, 2001

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, 43(3):548-54, 2009.

VARGAS, H. S. **Psicogeriatría Geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

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

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

VEIGA-NETO, A. Dominação, violência, poder e educação escolar em tempos de Império. In: RAGO, M, VEIGA-NETO, A.(org.) **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte : Autêntica, 2006a, p. 13-38.

VEIGA-NETO, A. Na oficina de Foucault. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006b, p.79-91.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. Online **Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n 2, 2007.

VIEIRA, V. Processos Comunicacionais. 2001.  
<http://www.redemulher.org.br/forum.html> acessado 25/02/2006.

WAIN, K. Foucault: a ética da autocriação e o futuro da educação. In: PETERS, M. A., BESLEY, T. e col. **Por que Foucault: novas diretrizes para a pesquisa educacional**. Porto Alegre : Artmed, 2008, p.171-188.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G.L. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte : Autêntica, 2000, p.35-82.

WILLIAM, S. R. **Cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

WONG, LLR. Composição da população segundo distribuição espacial, sexo e idade. CEDEPLAR/FACE/UFMG. 2004.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. **WHO** tradução Suzana Gontijo.- Brasília:Organização Pan-Americana de Saúde. 2005.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que considera essencial em relação à saúde do(a) idoso(a) nos dias atuais?
2. Como avalia a saúde do idoso no município de Lages?
3. O que considera o principal problema de saúde da pessoa idosa no município de Lages?
4. A seu ver, o que necessita ser feito?
5. Conhece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)? Como a avalia? Como ela está sendo aplicada no município?
6. Quais os serviços e programas para promoção de saúde que estão disponíveis para a pessoa idosa? Como o(a) sr (a) os avalia?
7. A seu ver, qual o papel da educação nesse processo? Conhece/participa de programas de educação voltados ao idoso? Outros, dos quais participam idosos?
8. A seu ver, o que dificulta ao idoso (a) a ter uma vida saudável?
9. O que facilita ao idoso ter uma vida saudável?

## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE  
 CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM  
 SERES HUMANOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_ residente  
 e domiciliado \_\_\_\_\_,  
 portador da Carteira de Identidade, RG \_\_\_\_\_,  
 nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea  
 vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **“Educação em  
 Saúde na Terceira Idade: discursos e ações no município de Lages,  
 SC, a partir da noção de Vulnerabilidade”**.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo se refere à investigação e identificação dos múltiplos discursos relacionados Educação em Saúde na Terceira Idade, particularmente os que se referem aos encaminhamentos político sociais/educativos no município de Lages,



2. A pesquisa é importante de ser realizada por possibilitar o desvelamento dos discursos e ações de educação em Saúde que estão estabelecendo verdades e orientando as ações políticas de educação e de saúde para promoção e qualidade de vida na terceira idade.

3. Participarão da pesquisa: a) pessoas idosas residentes no município de Lages e não portadoras de afecção mental; b) responsáveis pelas áreas de saúde e políticas públicas de saúde do Município; c) responsáveis por ações sociais direcionadas à terceira idade e d) profissionais de saúde.

4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa constará da aplicação de entrevistas individuais, semi-estruturadas, registradas em áudio assim como de fotografias do ambiente domiciliar das pessoas idosas e do ambiente social do Município.

5. Os riscos ou desconfortos associados à participação na pesquisa é considerado mínimo, pois a mesma não atinge o bem estar físico e/ou mental dos participantes.

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois poderá nortear novas ações e diretrizes de Educação em Saúde para a Terceira Idade.

7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a pesquisadora Wânia Ribeiro Fernandes, no telefone 9915-7179, ou no endereço Rua Mario Lucena, 118/apt. 04 – Centro – Lages.

8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.

9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com a própria

pesquisadora, ou através da Biblioteca do NUTES da Universidade Federal do Rio de Janeiro ou ainda, no site: [www.nutes.ufrj.br](http://www.nutes.ufrj.br) .

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Entrevistado

---

Responsável pelo projeto: Wânia Ribeiro Fernandes

Endereço para contato: Rua Mário Lucena, 118/04 - Centro

Telefone para contato: 9915-7179

E-mail: [waniafer@gmail.com](mailto:waniafer@gmail.com)

CEP – UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 – PROPEG - Telefone para contato: (49) 3251-1022

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)