

Paula de Melo Ribeiro

*Doentes negligenciados e Racismo de Estado:
quem são estes a quem ousamos chamar de
tuberculosos?*

Mestrado em Psicologia
Orientador: Prof^a. Dr^a. Lília Ferreira Lobo

Niterói

2008

RIBEIRO, Paula de Melo.

Doentes negligenciados e racismo de Estado: quem são estes a quem ousamos chamar de tuberculosos?/ Paula de Melo Ribeiro. - Niterói:

UFF/ICHF, 2008.

X, 98; "29,7cm".

Orientadora: Lília Ferreira Lobo.

Dissertação (mestrado) – UFF/ Departamento de Psicologia/ Estudos da subjetividade. Área de concentração: Subjetividade, Política e Exclusão Social, 2008.

Referências Bibliográficas: f. 94-98

1. Doentes Negligenciados 2. Biopoder. 3. tuberculosos I. Lobo, Lília. II. Universidade Federal Fluminense - Instituto de Ciências humanas e Filosofia. III. Título

Paula de Melo Ribeiro

**Doentes negligenciados e Racismo de Estado: quem são
estes a quem ousamos chamar de tuberculosos?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Lília Ferreira Lobo

Niterói

2008

Paula de Melo Ribeiro

Doentes negligenciados e Racismo de Estado: quem são estes a quem ousamos chamar de tuberculosos?

Aprovada em 26 de Agosto de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Lília Ferreira lobo – Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr^a. Cláudia Elizabeth Abbês Baeta Neves
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
ENSP – Fundação Oswaldo Cruz

A Carlos, amor maior.

AGRADECIMENTOS

A Lília pela amizade, por sua cumplicidade nos momentos difíceis. Por sua orientação que transborda os limites da pesquisa e incidem na vida.

À Cláudia Abbês presença cara em minha formação.

A Paulo Amarante pela gentileza no acolhimento desta dissertação.

Aos amigos da Rocinha pela intensidade dos encontros que possibilitaram dar sentido a este trabalho.

A Cacau e Aline pela presença amiga e acolhedora no momento de dificuldade maior.

Aos amigos de Mestrado pelo carinho.

Aos professores do programa por fazer de cada aula um acontecimento.

A CAPES pela concessão da bolsa.

RESUMO

O intuito deste trabalho é o estudo de uma forma muito específica de racismo biológico: a negligência para com as populações que sucumbem de doenças ‘próprias’ aos países chamados ‘subdesenvolvidos’.

O fio condutor deste trabalho será constituído por dois pontos essenciais: a análise de estratégias políticas que permitem a legitimação do genocídio de determinadas vidas dentro de um Estado que, em tese, se propõe a defendê-las. O outro considerará quais vidas seriam estas destituídas de seu ‘direito de viver’.

Logo, com o desígnio de pensar as questões sociais que envolvem o desmazelo com tais doentes se tomará como analisador a problemática da tuberculose — abordada pela perspectiva não da doença, mas sim daqueles que, ao caírem sob seu jugo, desfilam no cortejo da história sob suas múltiplas facetas.

Palavras-chave: doentes negligenciados; biopoder; racismo de Estado; tuberculosos.

ABSTRACT

This work is about a very specific kind of biological racism: the neglect to the populations that succumb to “proper” diseases at the countries so called “underdeveloped”.

The direction of this work will be constituted by two essential points: the analysis of political strategies that allows the legitimation of genocide of certain kind of groups in a State which is supposed to protect them. The other point will consider what kind of existences will be deprived of their ‘right of life’.

Then, with the purpose to think the social questions that are concerned about the carelessness to those diseased people, we going take the problematical of the tuberculosis as the analyzer – rather by the perspective of those who falling under their yoke walk at the procession of the history under their multiple faces, instead of the disease itself.

Keywords: neglected patients; biopower; State’s racism, tuberculous peoples.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I: A QUESTÃO DA NEGLIGÊNCIA: A TUBERCULOSE	
ENQUANTO ANALISADOR.....	14
1.1 O biopoder e as duas faces da saúde de um povo.....	14
1.2 O que não tem remédio remediado está: o “deixar morrer” do “fazer viver” na história brasileira.....	21
1.3 Mais vale prevenir do que remediar: um novo enredo para uma velha história.....	27
1.4 O racismo de Estado e negligência com a saúde.....	35
CAPÍTULO II: UM BREVE TRAJETO PELAS DIVERSAS FIGURAS QUE	
DERAM FORMA ÀQUILO A QUE CHAMAMOS DE TUBERCULOSE.....	38
2.1 Do corpo romântico a idéia de refinamento moral: o tuberculoso nos séculos XVIII e XIX.....	42
2.2 O século XIX e seus interstícios: eis que emerge uma nova concepção do corpo físico.....	47
2.3 Da disciplina ao controle.....	58
CAPÍTULO III: MEDICALIZAÇÃO E NEGLIGÊNCIA: QUANDO A SAÚDE	
TORNA-SE OBRIGAÇÃO E O ADOCER SE FAZ CULPÁVEL.....	61
3.1 O conceito de saúde e algumas de suas modulações.....	63
3.2 A saúde e o Estado brasileiro.....	69
3.3 A saúde pública enquanto contraponto ao individualismo.....	73
3.4 A saúde enquanto margem de tolerância.....	79
3.5 O discurso sobre os riscos e a gestão do cotidiano.....	82
3.6 Gestão dos riscos e governamentalidade.....	87
CONCLUSÃO.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	92

INTRODUÇÃO

Isto não é uma obra de história. [...]
É uma antologia de existências. Vidas de algumas linhas ou de algumas páginas, desditas e aventuras sem número, recolhidas numa mão cheia de palavras. Vidas breves, achadas a esmo em livros e documentos. *Exempla*, mas – ao contrário daqueles que os sábios recolhiam no decurso de suas leituras -, são exemplos que têm menos de lições a serem meditadas, de que de breves efeitos cuja força se desvanece quase imediatamente [...] (FOUCAULT, 1992, p.89).

UMA BREVE ANÁLISE DE IMPLICAÇÕES

Por que falar de doentes negligenciados? De onde veio o interesse por tal problemática? Sem dúvidas estas foram questões que estiveram presentes em todo o momento de elaboração deste trabalho. Deve-se confessar que estas dúvidas não se faziam presentes apenas no discurso alheio, elas tinham contorno no pensamento do próprio pesquisador. A princípio pode-se afirmar que a saúde é uma questão que está relacionada a todos, logo não é preciso ser necessariamente um especialista para dissertar a respeito. Mas, é bem verdade que existiam muitas outras implicações com o assunto.

No ano de 2000, no município de Linhares região norte do Espírito Santo, trabalhamos em um posto de saúde. Este havia sido criado pela associação de moradores do bairro. Naquele momento a prefeitura já participava financiando parte do funcionamento do estabelecimento. O interessante é que a criação daquele espaço partiu da iniciativa daquela população que necessitava de atendimento médico. Durante o ano de 2000 trabalhamos na recepção da unidade de saúde, ali foi possível viver a cada dia com aqueles destituídos de sua saúde. A recepção, lugar onde acontecia o primeiro acolhimento era o espaço privilegiado de escuta das mazelas que aqueles pacientes sofriam. Por aquele espaço, na

espera pelo atendimento, muitas histórias se passavam, às vezes tristes, às vezes alegres... Foi, precisamente, com aqueles indivíduos que pudemos pensar a questão da negligência com a saúde pela primeira vez.

Já em meio à escrita deste trabalho, pudemos encontrar forças junto aqueles que há muito estão na luta pelo direito a saúde e a condições dignas de vida. Assim, conhecemos um grupo de moradores da Rocinha que fazem de sua vida uma incessante luta contra a tuberculose, eles formam o GAEXPA (Grupo de Apoio a Ex-paciente, Paciente e Amigos no Combate de Tuberculose). O encontro com este grupo reanimou os sentidos deste trabalho. A sua resistência frente aos imperativos que ora os colocam no lugar de vítimas ora os culpabilizam pela sua doença, é de se admirar. De diversas formas a experiência com estas pessoas está presentes no decorrer do trabalho que se segue. São destas figuras marcantes que este trabalho tratará, são delas em seus contextos político-sociais que irromperão as formas e vozes daqueles que chamamos tuberculosos. Veremos, assim, que aquilo que denominamos tuberculose emerge em cada contexto de uma forma própria.

APRESENTAÇÃO

Ao caracterizar o fascismo e o stalinismo como “formas patológicas do poder”, Foucault (1995; 233) nos provoca afirmando que, apesar de singulares na história, esses estilos de poder não são originais. Eles se valem de certos mecanismos presentes na maior parte das sociedades, a bem dizer, usam a lógica de funcionamento de nossa própria racionalidade política. Tal racionalidade confere legitimidade desde alguns dos grandes genocídios históricos até algumas das mortificações cotidianas que se fazem presentes em cada instante de nossa atualidade.

Para Foucault, a racionalização não é um artifício universal que se abate sobre a totalidade dos homens, para o autor ela é mais um processo que opera em domínios. Em verdade, o que teríamos seriam racionalidades específicas, cada qual sendo remetida a uma experiência que lhe é fundamental. Neste trabalho, o objetivo é estudar uma forma de racionalidade em especial. Anseia-se fazer uma reflexão crítica que levará em conta a negligência que se dá para com algumas vidas, ou, mais especificamente, tentar-se-á

abordar tal negligência no tocante às políticas de saúde, ou mesmo à falta delas.

A experiência cotidiana apresenta o culto à saúde, a chamada ‘qualidade de vida’ como palavra de ordem. A preocupação com o bem-estar tornou-se questão preponderante. Nunca houve tantas pesquisas sobre medicamentos; do mesmo modo, nunca se consumiu tanta medicação. Diante de apontamentos tão ‘enobrecedores’ chega-se às vezes a acreditar que se vive realmente o apogeu de uma ‘geração saúde’. Dentro desta lógica, nada mais óbvio que tomar a racionalidade política hodierna como de defesa da vida, como defesa da saúde e do bem-estar. Todavia, ao refletir-se um pouco, muito rápido dá-se conta de que não é assim que os fatos têm se desencadeado: em tempo algum o homem teve tantas possibilidades de ter saúde e vida longa como se tem hoje e, simultaneamente, nunca houve tantas doenças e mortes por causas evitáveis.

Desta forma, a perspectiva de análise desta pesquisa se deterá no estudo de certa forma de racismo biológico que se presentifica na história como descaso para com populações empobrecidas que sucumbem a doenças tidas como ‘próprias’ dos países chamados ‘subdesenvolvidos’. É, portanto com o intuito de pensar as questões sociais que envolvem a negligência com alguns doentes que se tomará como analisador a problemática da tuberculose. Todavia o foco deste trabalho terá como pretensão os doentes tuberculosos, a ênfase no doente e não doença se torna crucial no momento em que a vida passa a ser tomada como puramente biológica.

Assim, o objetivo do primeiro capítulo será o de pensar quais mecanismos de poder são estes capazes de legitimar a realização de uma aclamação pela vida saudável e que, ao mesmo tempo, fazem um corte na população separando os que devem viver e os que, por ventura, podem morrer. Para tal empreendimento serão abordados os conceitos de biopoder e racismo de estado em Foucault. No decorrer do capítulo será dada ênfase a dois momentos da história brasileira. Deste modo, as questões que envolvem a negligência com alguns doentes serão analisadas tomando as questões sociais que envolvem o tuberculoso em duas ocasiões: final do século XIX e começo do XX e, em seguida início do século XXI.

Tomamos, portanto, como base este primeiro capítulo onde será feita uma análise dos dispositivos políticos que permitem a legitimação do genocídio de determinadas vidas dentro de um Estado que, em tese, se propõe a defender a vida. No segundo capítulo serão questionadas quais vidas seriam estas destituídas de seu 'direito de viver'. Desta forma, será feito um breve levantamento de algumas figuras do tuberculoso que emergem em distintos contextos político-sociais.

No terceiro capítulo, a partir das discussões feitas em cima da figura do tuberculoso, partir-se-á para uma análise mais precisa da saúde na atualidade. Assim, será dada ênfase ao movimento em que os indivíduos incumbidos da responsabilidade de resguardar a sua saúde e bem-estar, deixam de agir enquanto sujeitos com direito à saúde e passam a ter o dever de conquistá-la. Logo, será possível observar como o discurso da autonomia e da responsabilidade individual nas escolhas de estilos de vida saudáveis se torna útil a uma racionalidade política que tenta a todo custo culpabilizar os doentes por seu estado.

CAPÍTULO I: A QUESTÃO DA NEGLIGÊNCIA: A TUBERCULOSE ENQUANTO ANALISADOR

1.1 – O BIOPODER E AS DUAS FACES DA SAÚDE DE UM POVO

Desde o século XVI o Estado se desenvolveu delineando-se como uma nova estrutura política. Na contramão da tese tradicional que afirma ser o Estado responsável apenas pelas políticas que visam à população em sua totalidade, Foucault (1995) afirma que a maior sofisticação do Estado moderno está curiosamente no fato deste ser uma forma de poder que se vale tanto de técnicas de individualização quanto de procedimentos de totalização.

Esta tecnologia de poder que incide sobre ‘o um e sobre o todo’ é destacada como o elo entre a racionalidade de governo moderna e uma forma de poder precedente denominada “poder pastoral”. Isto significa que esta mecânica presente no modo de funcionamento do Estado, não lhe é própria; essa racionalização remonta a uma antiga tecnologia de poder originada nas instituições cristãs, ela tem seu germe na difusão da “tecnologia pastoral”.

Foi o cristianismo que estabeleceu estas novas relações de poder no mundo antigo. É ele que postula o princípio segundo o qual, “certos indivíduos podem, por sua qualidade religiosa, servir a outros não como príncipes, magistrados, profetas, adivinhos, benfeitores e educadores, mas como pastores” (FOUCAULT, 1995, p.237). A tematização do poder pastoral caracterizado pela idéia de que a divindade, o rei ou o chefe é um pastor seguido por seu rebanho de ovelhas amplamente difundido nas sociedades hebraicas, é praticamente ausente nos textos políticos da Antigüidade grega e romana. Sua introdução

no ocidente só se tornou possível na medida em que este foi incorporado e veiculado pelo cristianismo.

Essa forma específica de poder, ou pelo menos sua função, passou a se ampliar fora da instituição eclesiástica a partir do século XVIII. Desde então emergiu uma nova distribuição, uma nova organização que é este tipo de poder individualizante/totalizante. É numa versão especificamente política que o poder do pastor encontra sua reconfiguração no Estado de governo do século XVIII. “De certa forma, podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma de poder pastoral” (FOUCAULT, 1995, p.237).

No momento em que se assiste à confluência de um movimento de concentração estatal e de dispersão religiosa, emerge junto ao nascimento de novas formas de relações econômicas e sociais um tipo de questionamento que antes parecia caracterizar prioritariamente o âmbito religioso. O tema do governo dos homens ostentado pelo poder pastoral deixa de se conter dentro dos limites de uma instituição religiosa definida, ou seja, o questionamento inicial sobre a maneira de como conduzir as almas desdobra-se para o campo de ação do governo político no que diz respeito à condução da vida em todas as suas possibilidades.

Ao ser incorporado e transformado pelo governo típico das estruturas políticas modernas o poder pastoral incorpora novos objetivos em sua dinâmica. Não mais um poder preocupado primordialmente com a salvação de um povo em um outro mundo, mas que tem por objetivo assegurá-la em vida, na sua imanência e ainda neste mundo. Salvação que significa a saúde e o bem-estar de toda população e de cada indivíduo.

E é assim que na passagem do século XVIII para o XIX o indivíduo tomado enquanto espécie entra nas estratégias e nos cálculos do poder político. Logo a saúde da nação torna-se alvo essencial de um poder que incide diretamente sobre a vida. Este processo de estatização do biológico se dá historicamente acoplado à construção e ao fortalecimento do Estado nacional e à afirmação da burguesia, assim como à formação de um dispositivo médico-jurídico visando a medicalização e à normalização da sociedade.

Foucault enumera o aparecimento de três inovações inerentes a esse poder. O primeiro deles é a emergência da noção de população, que segundo o autor nem a teoria do direito nem a prática disciplinar a conhecia. Os juristas lidavam apenas com o indivíduo contratante e a sociedade constituída por este contrato. As disciplinas por sua vez, lidavam com o indivíduo e seu corpo. O elemento população se refere a uma multiplicidade de corpos, sendo essa multiplicidade entendida como um problema ao mesmo tempo político e científico, ou seja, como um problema biológico e como um problema de poder.

O segundo elemento é a natureza dos fenômenos que são levados em consideração. São fenômenos coletivos que só se tornam pertinentes no nível da massa, que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos. “São fenômenos aleatórios e imprevisíveis, se os tomarmos neles mesmos, individualmente, mas que apresentam, no plano coletivo constantes que é fácil, ou em todo caso possível, estabelecer” (FOUCAULT, 1999, p. 293).

O terceiro aspecto de importância sublinhado pelo autor diz respeito aos mecanismos de poder implantados pela biopolítica. Esses mecanismos têm funções um tanto diversas das funções que eram próprias ao dispositivo disciplinar. A biopolítica se detém, sobretudo, em previsões, estimativas estatísticas e medições globais, ou seja, essa tecnologia de poder se interessa por aquilo que se define como as determinações dos fenômenos coletivos, ela tenta agir sob a égide de um discurso que levanta como dados pertinentes, por exemplo, a taxa natalidade, de morbidade, a expectativa de vida, etc.

O poder passa a se mostrar cada vez mais como direito de intervir para fazer viver, para melhorar a vida, multiplicá-la e torná-la isenta de todo tipo de acidentes, eventualidades e deficiências. Deste modo, ele justifica sua interferência no mais elementar nível da vida, a ele caberá administrar a existência humana com o propósito de defesa da espécie.

Não é difícil visualizarmos hoje traços que denunciam esse processo de racionalização que faz referência à experiência da saúde, da defesa da vida da população. Vivemos em meio a uma medicalização em massa, a proliferação de novos tratamentos, novas categorias nosológicas, novos especialismos, etc. As pessoas tentam se adequar a princípios que lhes indicam, por exemplo, como se alimentar, o que beber, como ter práticas sexuais livres do perigo das doenças, como ter uma vida longa e juventude eterna. Logo, se tornam

preocupações corriqueiras critérios de saúde tais como as taxas de colesterol, de hormônio, de glicose, o tônus muscular, desempenho corporal, vigor físico, dentre outros. Nas palavras de Ortega,

A saúde deixou de ser a “vida no silêncio dos órgãos”, usando a expressão feliz de Leriche. Ela exige autoconsciência de ser saudável, deve ser exibida, afirmada continuamente e de forma ostentosa, constituindo um princípio fundamental de identidade subjetiva. A saúde perfeita tornou-se a nova utopia apolítica de nossas sociedades. Ela é tanto meio quanto finalidade de nossas ações. Saúde para a vida. Mas também viver para estar em boa saúde. Viver para fazer viver as biotecnologias (ORTEGA, 2004, p.4).

Mas, ‘ao lado’ desse poder que tenta a todo custo gerir a vida há, também, um outro mecanismo que possibilita a negligência de determinadas existências. Como explicar, por exemplo, que doenças como a malária, a doença do sono, a leishmaniose e a doença de Chagas continuem delineando-se como enfermidades que afetam milhares de pessoas a cada ano e para as quais não existe tratamento medicamentoso satisfatório e/ou adequado? Como é sabido, essas doenças atingem principalmente populações empobrecidas de países ‘em desenvolvimento’, o que faz com que sejam conhecidas como doenças tropicais.

Como consequência desta ‘nomeação’ vê-se facilmente difundir a idéia de que estas doenças teriam uma geografia, o que torna mais fácil naturalizar sua existência e persistência numa determinada população. Ponto controverso este, pois a permanência destas e outras tantas doenças não se justifica apenas pela sua geografia; doenças como a malária, o cólera e a tuberculose, hoje consideradas como enfermidades que atacam os trópicos, já figuraram como moléstias comuns na Europa antes do século XX.

Assim, as doenças que são apresentadas como típicas dos países ‘subdesenvolvidos’ dizem talvez menos respeito à localização desses países do que ao contexto econômico e político em que se vive. Em sua maioria, as pessoas afetadas não possuem poder de compra e, conseqüentemente, não constituem um mercado consumidor gerador de lucro para a indústria farmacêutica. Mas esta não é a única justificativa para tal genocídio, seu pretexto não é meramente econômico. Em muitos países em desenvolvimento é sabido que é o governo o maior comprador de medicamentos. Desta forma torna-se ainda mais explícito que a falta destes fármacos, antes de ser atribuído ao fator econômico mostra-se

relacionado ao fator político: a negligência para com uma parcela específica da população.

A princípio poder-se-ia pensar que essa negligência de vidas apresenta-se como um antagonismo frente à racionalidade política de nosso tempo, afinal o Estado teria por objetivo assegurar a vida de sua população. Apressadamente poderia-se dizer que este descaso com uma parcela imensa da população seria então o lado ‘irracional’ das políticas, o limite, o que escapa às estratégias de poder que tem por fim gerir a vida. Mas não nos iludamos; se temos uma dualidade de estratégia, esta dualidade se define como duas faces de uma mesma moeda, ou seja, são duas operações intrínsecas. O mesmo poder que tem como máxima a proteção da vida, possibilita, ao mesmo tempo, que milhares de vidas sejam dizimadas. O que quer dizer que também faz parte de nosso funcionamento, de nossa racionalidade de Estado, negligenciar certas doenças e deixar que milhares de vidas se percam.

A essa moeda, ou a esse poder que tem duas faces, “o fazer viver e o deixar morrer”, Foucault dá o nome de biopoder. Em suas análises sobre o que denomina de racismo de Estado, o autor evidencia uma relação intrínseca entre a mecânica normatizante e medicalizante do fazer viver, e a face racista do deixar morrer. Seus estudos dão visibilidade às transformações que legitimam o poder matar num regime que tem por escopo proclamar a própria vida. Fundamentado em justificativas científicas e políticas o racismo torna-se necessário e legitimado em nome daquilo que seria seu objetivo maior, a defesa da própria vida. A grande novidade do século XIX foi essa tomada da vida pelo poder, a estatização do biológico.

Parece-me que um dos fenômenos do século XIX foi, é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (FOUCAULT, 2005, p. 286).

O direito de vida e de morte foi um atributo fundamental na teoria clássica da soberania. O poder que o soberano exercia sobre a vida de seus súditos só era efetivo porque o chefe do poder monárquico detinha o direito de matar (FOUCAULT, 2005, p. 287). Este direito de

matar derivava da “*patria potestas*” que concedia ao pai de família romano o direito de ‘dispor’ da vida de seus filhos e de seus escravos; podia retirar-lhes a vida, já que a tinha ‘dado’” (FOUCAULT, 1999, p. 127). No entanto, a formulação deste direito de vida e de morte já se mostra um tanto mitigada nos teóricos clássicos. O direito de vida e de morte só é admitido quando o soberano se encontrar ameaçado, quer dizer, o direito de matar terá certas restrições, não será mais exercido de forma absoluta e de modo incondicional, mas apenas em alguns casos em especial.

É a partir da época clássica que o mundo ocidental presentifica uma mudança significativa em seus mecanismos de poder, há uma transformação no direito político. O que imperava até então era um poder de apreensão que chegava ao extremo de se apoderar da própria vida. Surge neste momento um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a “barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (FOUCAULT, 1999, p. 127).

Esta mudança política não abandona a velha lógica do direito de soberania, ela apenas a complementa. O poder de morte é obrigado a se acomodar dentro das exigências de um poder que tem como pretensão gerir a vida. Assim, o fundamento do direito soberano que era “fazer morrer e deixar viver” dá lugar desde então a um poder que “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 287).

Essa morte, que se fundamentava no direito do soberano se defender ou pedir que o defendessem, vai aparecer como simples reverso do direito do corpo social de garantir sua própria vida, de mantê-la ou desenvolvê-la (FOUCAULT, 1999, p. 128)

O poder de morte passa a se apresentar como o complemento do poder que incide, positivamente, sobre a vida, que põe em execução um controle que visa regular os fenômenos de população. O ‘poder matar para poder viver’ tornou-se princípio de estratégia entre os Estados; o que está em questão não é mais a “existência jurídica” da soberania, mas a “biopolítica da população”. Com isso, há uma nova tomada do poder sobre as existências, os fenômenos próprios à vida humana entram no domínio das técnicas políticas. É neste momento que se vê surgir uma estatística da vida, surgem taxas de natalidade, de mortalidade, etc. E concomitante a estas estratégias de poder se criam campos de saber que pretendem dar conta do estudo do homem (FOUCAULT, 1999).

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a “população” enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico que é o de fazer viver. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 1999, p. 294).

1.2 – O QUE NÃO TEM REMÉDIO REMEDIADO ESTÁ: O “DEIXAR MORRER” DO “FAZER VIVER” NA HISTÓRIA BRASILEIRA

No caso do Brasil, como de tantas outras nações, a história da centralização e consolidação do Estado se confunde com a própria história da institucionalização da medicina. Esta desponta no século XIX como parte do Estado, e assim, delinea sua história como alvitre da necessidade do Estado intervir na sociedade e principalmente na vida da população que precisava se adequar às novas exigências das relações sociais. A medicina, assim, tentará definir modelos de comportamento que incidiram principalmente sobre as classes sociais subordinadas (LUZ, 1982).

O objetivo de uma política sanitária centralizada, tão caro aos médicos naquele período, reforça e viabiliza projetos políticos de consolidação do Estado nacional; assim, o planejamento estatal e o controle sobre a vida das populações – especialmente da classe trabalhadora, sempre sob suspeita – se constitui sob o patrocínio da “neutralidade” do saber para “o bem de todos” (Idem, p. 11).

Sidney Chalhoub (1996) apresenta a força do racismo na história da medicina e da saúde pública no Brasil. O autor contrasta o grande esmero dispensado à febre amarela por médicos e políticos, nas três últimas décadas do século XIX, em decorrência da relação entre a moléstia e a imigração européia, com o descuido, no mesmo período, com que foi abordado o problema da tuberculose, doença de acepção muito ligada à população pobre¹ e negra da cidade. “Em fins do século XIX e início do XX, a tuberculose² era a maior responsável pela mortalidade na cidade do Rio de Janeiro. Todos os anos ela eliminava

¹ A princípio poderia ser dito que a tuberculose se apresentava de forma indistinta pela sócia carioca daquele momento. No entanto, quando olhada de perto a questão da tuberculose, observava-se que a intensidade da moléstia se dava de forma diferenciada nos diversos segmentos da população. “A população não se distribuía homogeneamente pela cidade quanto à condição de habitação, a inserção no trabalho não era a mesma para todos, os alimentos não estavam igualmente acessíveis nem se tinha igual acesso aos recursos médico-sanitários” (NASCIMENTO, 1999, p. 42).

² A tuberculose é uma doença contagiosa que atinge os pulmões (tuberculose pulmonar), sendo possível também sua localização nos rins, ossos, pleura, meninges, gânglios dentre outros órgãos (tuberculose extra pulmonar) (BRASIL, 2001, p. 10).

grande contingente da população, só sendo sobrepujada por outra doença nos anos de epidemia” (NASCIMENTO, 1999, p. 42).

Ao que se sabe o primeiro grande surto de febre amarela atingiu a população do Rio de Janeiro³ por volta de 1850. Acontecimento curioso nesta primeira grande epidemia é que os médicos constataram que a moléstia acometia de forma mais branda a população negra da Corte, isto é, apesar de atingir o negro de forma geral, a moléstia raramente ocasionava a morte deste. Por outro lado, a população branca e principalmente os imigrantes foram os que mais sofreram com a tragédia no que diz respeito a vítimas fatais. O que torna este momento específico é que por infectar prioritariamente os imigrantes, a febre amarela não representou preocupação para o governo imperial. A resposta restrita dada a doença pelo governo é possibilitada justamente porque o poder público alegava que a moléstia não atingia a população da Corte, mas sim aqueles que por ela passavam (CHALHOUB, 1996, p. 77).

Em contraste com esse primeiro período de grande surto, na década de 1870 foi justamente porque vitimava prioritariamente os imigrantes que a febre amarela ganhou notoriedade se tornando um problema de saúde pública do Brasil. Tal flagelo havia se constituído num dos principais obstáculos à realização do projeto político que estava gradativamente se impondo aos latifundiários: a concentração destes homens estava voltada para um processo que visava o preenchimento do mercado de trabalho com imigrantes europeus, o que seria uma forma de enfrentamento de uma eminente emancipação dos escravos. Em suma, “a febre amarela, com os infalíveis estragos que provocava entre os imigrantes recentes, passou a ser percebida como um empecilho à idéia dos cafeicultores de “suavizar” a transição do trabalho escravo para o trabalho “livre” por meio da imigração européia” (Idem, p. 89).

Assim, com os intermináveis surtos de febre, é criada ainda em 1855 a Junta Central de Higiene, órgão do governo imperial empossado de cuidar dos problemas de saúde pública,

³ Segundo as estimavas aproximadamente um terço da população do Rio de Janeiro contrai a febre amarela no verão de 1850, o número de mortos nesta primeira epidemia alcançou cerca de 4160 habitantes (CHALHOUB: 1996: 61).

e a Câmara Municipal da Corte passou a debater ações reservadas à regulamentação da existência das habitações coletivas. Prontamente vê-se erigir a idéia de que os cortiços e epidemias de febre amarela eram temas indissociáveis. Os cortiços supostamente suscitavam e alimentavam a febre. É então que principalmente a partir de 1870 cria-se a concepção de que é preciso intervir de forma extrema na urbe para suprimir as estalagens e apartar do centro da capital as “classes perigosas” que nele residiam. Classes duplamente perigosas, primeiro porque disseminavam a doença e segundo porque afrontavam as políticas de controle social cidadina (CHALHOUB, 1996, p. 8).

A tuberculose não fazia parte da pauta de preocupações do governo, ocupado com as doenças epidêmicas. O centro do Rio de Janeiro, pela forma como se desenvolveu, preservava condições materiais favoráveis ao aparecimento de epidemias, ocupando a febre amarela posição primordial na atenção do Estado. Tal posição era reforçada com a predileção da doença pelos estrangeiros que aqui aportavam (NASCIMENTO, 1999, p. 48).

A questão do saneamento do Rio de Janeiro passa então a se constituir como principal motivo de mobilização das autoridades. Com o surgimento da república, seus sucessivos governos colocam em pauta o saneamento da capital federal. De acordo com Nascimento (1999, p. 49), a motivação maior em sanear a cidade do Rio estava claramente associada aos interesses pelo comércio internacional: “Não eram as condições de saúde da população trabalhadora aí residente que estavam em jogo, mas, sim, o rápido crescimento da economia do país e a intensificação das atividades portuárias”.

É então sob a alegação de que os pardieiros eram fontes miasmáticas de infecções febris na cidade, que se assiste ao seu aniquilamento sem sentido. Sem sentido porque se restringia a introduzir à força os habitantes daqueles cortiços para outros mais longínquos do cerne urbano. O principal inconveniente dessas habitações estaria no suposto risco (foco de moléstias e vícios) que elas causavam aos moradores adjacentes. Isto é, “a utilidade do projeto não se assentaria na melhoria das condições de vida das classes populares em si, mas sim na vantagem de torná-las menos perigosas para a classe dominante” (CHALHOUB, 1996, p. 54).

Saúde pública naquele momento passou a significar a higiene, o extermínio das habitações das classes pobres. Com isso, o governo deixava de considerar outros aspectos relevantes como a nutrição e as condições de trabalho da população. As condições de saúde nos

cortiços não se revelavam preocupante apenas em relação à febre amarela. Chalhoub mostra que é a tuberculose que ameaçava se tornar endêmica no país. A doença que já naquele tempo era associada às condições de miséria em que vivia a população, matava incessantemente a população pobre. “Na cidade do Rio de Janeiro, a tuberculose matava implacavelmente todos os anos e no ano todo, e desconfio que nas últimas décadas do século fazia mais vítimas fatais do que todas as doenças epidêmicas de maior visibilidade somadas” (CHALHOUB, 1996, p. 94).

É claro que ao eleger e priorizar a febre amarela em detrimento de outras doenças em especial a tuberculose, os cientistas da higiene através de políticas públicas tinham como objetivo tornar o ambiente urbano sadio para um determinado setor da população. A febre amarela ao afligir os imigrantes colocava em risco o projeto dos cafeicultores que esperavam que esta população pudesse substituir os negros em suas lavouras. O objetivo final, então, seria o combate às doenças hostis à população branca, e a expectativa que a miscigenação e as enfermidades “reconhecidamente graves entre os negros lograssem o embranquecimento da população, eliminando gradualmente a herança africana da sociedade brasileira” (Idem, 9).

É claro, por exemplo, que havia motivos, digamos nada óbvios ou “neutros”, na opção em priorizar o combate à febre amarela em detrimento da tuberculose _ uma doença que, como já foi mencionado, os próprios médicos associavam a nutrição e às condições de trabalho e de vida em geral da população. Durante todos esses anos da crise aguda de saúde pública na cidade do Rio (entre aproximadamente 1850 e 1920), a tuberculose matou muito mais do que quaisquer das outras doenças epidêmicas. A tuberculose, porém, parecia atacar indiferentemente brancos e negros, nacionais e estrangeiros e, desculpa suprema, era doença extremamente grave até mesmo em Paris, o que nos eximia de qualquer culpa por abrigar a peste. A febre amarela significava basicamente o oposto: além de não acometer Paris e deflagrar o Rio anualmente, era um verdadeiro flagelo principalmente para os imigrantes (CHALHOUB, 1996, p. 56).

Se isso era assim, a partir do momento em que a ciência determinou em definitivo a tuberculose enquanto uma enfermidade contagiosa surgiu ao mesmo tempo a reivindicação de que ela fosse tomada enquanto um problema público a cargo do Estado. Exemplo disso é a luta travada por Oswaldo Cruz na tentativa de que o Estado tomasse para si a questão

da tuberculose. Assim, em 1907, o pesquisador apresentou um plano de combate à doença onde explicitava uma série de ações contra a moléstia.

Fornecendo-se habitações higiênicas, alimentações abundante e boa, não se permita o trabalho das crianças nas fábricas, evitem-se os esgotamentos orgânicos de causas higiênicas, físicas e morais (...) que se terá fornecido ao organismo a arma da luta que fará sucumbir o bacilo assaltante (CRUZ, Oswaldo *apud* Nascimento, 1999, p. 143).

Segundo Benchimol (1990, p.50) a resposta dada pelo poder estatal na época era de que embora a tuberculose se constituísse enquanto um problema público, ela ainda não possuía importância necessária que a fizesse ser tomada como uma questão política de peso; logo seria inviável naquele momento submeter tal plano de combate a enfermidade a esferas dos poderes Executivo e Legislativo. Ao que consta na imprensa da época, Oswaldo Cruz desentendeu-se com Afonso Pena que, “comprometera-se a pedir ao Congresso o crédito de 12 mil contos, mas voltara atrás alegando que o combate à tuberculose devia ser adiado até que se caracterizasse como calamidade pública”.

Mas o que significaria um estado de calamidade pública? A exemplo da febre amarela, poder-se-ia afirmar que para o poder público, no início do século XX, a tuberculose se mostraria catastrófica se chegasse a influir diretamente na economia do país. Como foi visto, a febre amarela atingia negativamente o cerne da estratégia econômica que ganhou força no final do século XIX, a saber, a mão-de-obra estrangeira. A tuberculose por outro lado estava ligada aos negros que naquela ocasião na tinham importância para a economia.

Assim, a relação do estado com a doença é historicamente definida e distinta a cada conjuntura. Ao nos aproximarmos da conjuntura brasileira de início do século, vemos que a característica fundamental era de um Estado limitado em sua competência, com os direitos individuais assegurados aos ricos e não aos destituídos, para que a vida em sociedade pudesse ser regulada pelo mercado econômico e político, condição necessária para a nova ordem capitalista se desenvolver (NASCIMENTO, 1999, p.146).

Ao que consta, o poder estatal só tomou para si a questão da tuberculose por volta da década de 1920. Nestes vinte primeiros anos do século que se iniciava, a enfermidade esteve presente, enquanto foco de preocupação, apenas no meio médico e em

especialmente entre os higienistas⁴. “A política estatal era de concessão, isto é, de subvenção financeira e isenção de impostos a quem da sociedade civil formulasse e executasse uma política de controle da doença” (NASCIMENTO, 1999, p.147).

⁴ Neste mesmo período é criado na cidade do Rio de Janeiro, capital federal, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Formada pelas elites médicas e tendo o apoio de intelectuais a Liga se empenhou na luta contra a enfermidade entendendo que a presença da moléstia fazia do país um lugar impossível de se estabelecer os preceitos da modernidade.

1.3 – MAIS VALE PREVINIR QUE REMEDIAR: UM NOVO ENREDO PARA UMA VELHA HISTÓRIA

O jornal ‘O Globo’ de domingo dia 16 de setembro de 2007 traz como manchete ‘O mal da miséria’. A reportagem noticia o fato do Estado do Rio de Janeiro ter registrado nos últimos sete anos cem mil casos de tuberculose. O periódico divulga que o número oficial de mortes no Estado já chegou a 3.455 entre 2001 e 2006. Mas, o que se apresenta oficialmente como ruim, pode ainda ser pior, isso porque segundo Carlos Basília (líder da ONG Fórum Tuberculose) o número de mortes está subestimado devido aos problemas de notificação; para ele as estimativas são de que pelo menos mil pessoas morram anualmente da doença no Estado do Rio de Janeiro. A região metropolitana concentra a maioria dos casos, e as áreas mais afetadas são as favelas (O GLOBO, 16/09/07).

Dados como estes nos levam a crer que o problema da doença ultrapassa as questões políticas do século XIX, quando era negligenciada pelo poder público, que pretendia usar a moléstia como um filtro que extinguiria a população negra das terras brasileiras. Os problemas e motivações políticas hoje são outros, mas a doença ainda figura entre a população pobre. Embora sejam reconhecidos os irretorquíveis progressos com a introdução dos quimioterápicos em torno dos anos 50, é fato notório que a tuberculose ainda permaneça como grave problema de saúde pública no Brasil.

Após o aparecimento do tratamento específico verificou-se uma alteração relevante no que diz respeito aos números da mortalidade ocasionados diretamente pela doença em questão. Guimarães no ano de 1978 observa que as estatísticas de mortalidade na década de 50 mostraram enorme redução. De 1946 a 1954 teria ocorrido para as capitais brasileiras uma redução de aproximadamente 65% da mortalidade. Contudo, o autor é contundente em afirmar que quanto à incidência, após uma queda observada no início da prática da quimioterapia específica, há um estacionamento da taxa que mantém praticamente inalterado o risco de adoecer entre 1960 e 1969. Esse fato nos leva a observação de que o

risco de adoecer permaneceu estacionado ou em crescimento neste período que se sucede a introdução do tratamento dito adequado para os acometidos por tal enfermidade.⁵

A questão é que, após mais de duas décadas de existência de meios comprovadamente eficazes para o combate a doença, ela apresenta-se, no que é fundamental isto é quanto ao risco de infecção e o risco de adoecer, estacionária ou em ascensão (GUIMARÃES; 1978; 45 a 51).

Dados recentes reforçam a tese do autor: a taxa de infecção no estado do Rio de Janeiro, por exemplo, é de quase cem por um grupo de cem mil habitantes, número 20 vezes superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - são cinco casos para cada grupo de cem mil habitantes. Como já dizia o pesquisador na década de 1970, o risco de se infectar e o risco de adoecer são determinados prioritariamente pela qualidade de vida das populações. A probabilidade de o sujeito entrar em contato com o bacilo e a possibilidade deste contato determinar um caso da doença, depende da circulação do bacilo na população e de condições que reforcem ou enfraqueçam as defesas dos indivíduos.

Com isso, a questão da saúde parece incluir muito mais que o simples fato da medicamentação, a tuberculose é sem dúvidas neste momento um aprimorado analisador⁶ não apenas da saúde da população, mas das condições sociais em que estes vivem. Ela demonstra como as condições de alimentação, habitação, condições de trabalho e saneamento são determinantes do estado de saúde. Por outro lado, é possível observar a forma como as políticas públicas respondem a demanda por saúde da população pobre, ou seja, a resposta dada pelo poder público por vezes se restringe apenas a medicalização, isso é, quando respondem.

⁵ Os casos de tuberculose inscritos anualmente nos dispensários das capitais brasileiras – 1960/1969 apresentaram os seguintes números de incidência por ano:
1960-----160,4 / 1961-----169,8 / 1962-----195,6 / 1963-----181,9 / 1964-----163,4 /
1965-----214,8 / 1966-----286,2 / 1967-----206,3 / 1968-----209,1 / 1969-----165,4.
Por 100.000 habitantes (Idem. P. 47).

⁶ O conceito de analisador foi formulado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional vindo a ser incorporado pela Análise Institucional Socioanalítica (Lourau, 2003). Os analisadores são acontecimentos que produzem rupturas, eles podem ser criados ou apontados e assim teriam o potencial de dar visibilidade e dizibilidade as relações instituídas tomadas como naturais.

Sobre a diferença entre medicalização e medicamentação Amarante (2007, p. 95), esclarecerá que o termo medicalização é tributário tanto do pensamento foucaultiano como dos estudos de Ivan Illich. Desta forma, “medicalização diz respeito à apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica, ou predominantemente médica” (AMARANTE; 2007; 95). A medicalização é então aquele processo segundo o qual problemas de ordem político-econômico e social seriam tomados enquanto questões de ordem puramente médica. Ainda segundo Amarante, a medicamentação apesar de freqüentemente ser conseqüência do processo de medicalização se mostra distinta desta. Aquela mais especificamente está relacionada à “utilização de medicamentos para responder à situação que é entendida como patológica” (Idem).

Retomando mais precisamente o caso da tuberculose nas favelas cariocas. “O globo” traz ainda como dado que entre 2001 e 2006 aproximadamente 44% dos pacientes abandonaram o tratamento. Na favela da Rocinha onde o número de infectados chega a 50 por mês, a Secretaria municipal de Saúde com o intuito de reduzir a quantidade de casos, implantou no local a chamada estratégia DOT⁷, que tem como uma de suas metas o tratamento supervisionado. Esta estratégia é usada desde 1999 e atinge hoje cerca de 3 mil pacientes, aproximadamente 45% dos casos no município. A justificativa para o uso de tal mecanismo é que ele ajudou a reduzir em 20% o número de casos nos últimos sete anos (O GLOBO, 16/09/07).

⁷ De acordo com Ruffino Neto (2002, p. 54), apesar de a OMS apresentar o tratamento supervisionado enquanto uma “proposta inovadora”, este tipo de procedimento já era usado no Brasil desde a década de 1960. Segundo o autor, a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), utilizava o tratamento de acordo com esta estratégia a partir de 1962. Neste momento o tal tratamento supervisionado era feito pela enfermagem, sendo que no ano de 1981 o programa chegou a atingir todas as unidades da fundação.

A questão do tratamento supervisionado parece ter origem ainda mais remota. Não caberia no presente trabalho esgotar a questão, no entanto é válido que possamos apontar algumas de suas possíveis proveniências. Em 1928 o médico Arthur Mascarenhas, apresenta em sua tese sobre a profilaxia da tuberculose um acontecimento que pode ser entendido como um traço que nos diz respeito ao atual tratamento supervisionado. Tal acontecimento pode ainda ser tomado de duas formas; primeiro pode se pensar o uso que o dito médico faz dele, pois é em defesa da necessidade da higiene na prevenção da tuberculose que Mascarenhas resgata o ocorrido; em segundo caberia colocar em análise o trabalho das enfermeiras, e o que realmente ocasionou a queda nas taxas de tuberculose.

“De volta a Inglaterra, quando terminou a guerra da Criméia em 1856, [...] Florence Hightingale, que tinha sido organizadora e chefe do grupo de enfermeiras que acompanharam o exercito inglês a Rússia, começou com suas antigas companheiras a visitar, em Londres, as casas dos pobres e doentes, fazendo então uma campanha na imprensa e nos meios políticos pelo melhoramento das habitações das classes pobres de Londres, ao mesmo tempo em que procurava tratar os doentes e socorrer os necessitados que encontrava. Esse foi o primeiro trabalho das enfermeiras visitadoras. O facto é que cinco anos depois começou o declínio da tuberculose em Inglaterra”(VASCONCELOS, *Apud* MASCARENHAS, 1928, p. 33).

A estratégia Directly Observed Treatment (DOTS) conta com cinco elementos considerados essenciais no controle à tuberculose. São eles:

1. compromisso governamental com as atividades básicas de controle da tuberculose;
2. Detecção de casos por baciloscopia, em todo paciente sintomático respiratório, que, espontaneamente, procure o serviço de saúde;
3. Esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses para, pelo menos, todo caso bacilífero, com tratamento supervisionado durante, no mínimo, os dois meses iniciais;
4. Suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados;
5. Sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada paciente e do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) como um todo (SILVA, SOUZA, NOGUEIRA, MOTTA, 2007, p. 404).

Em 2001 foi colocada em circulação pelo Ministério da Saúde uma cartilha que teria como função orientar os agentes de saúde sobre a tuberculose. Nesta é possível observar que o governo identifica como fatores que favorecem o desenvolvimento da tuberculose os seguintes itens: “precárias condições de vida, desnutrição, enfraquecimento por desgaste físico, alcoolismo, ou doenças como a AIDS, câncer ou diabetes” (BRASIL, 2001, p. 13). Interessante é que, apesar de apontar os infortúnios considerados tributários do aparecimento e persistência da tuberculose na população, o mesmo documento enfatiza que o desafio da cura da doença é o elevado número de pessoas que desistem do tratamento.

Constrangedor nesta história é se deparar com o fato de que a preocupação do governo não se estende aos motivos de abandono do tratamento. O interesse público aparenta estar direcionado à baixa das estatísticas de morte pela doença. Não importa, por exemplo, que os indivíduos, por vezes, não tomam o medicamento simplesmente porque não têm o que comer. O que é inquietante é o perigo da doença se alastrar pela cidade, e assim levar ameaça aos bairros mais abastados, afinal, em Copacabana o número de casos já chega a 35 ao mês.

As discussões correntes em torno da propagação da tuberculose quase sempre giram em torno de um mesmo ponto a medicamentação. Não que se seja contra a tomada dos remédios, o problema é que esses questionamentos geralmente se restringem ao litígio da

doença e assim esquecem de colocar em pauta o que seria o mais importante, a saber, os doentes. Depois da década de 1950 o risco de morrer em decorrência da tuberculose em tese se restringiu, ou seja, com a introdução da medicação específica só morre de tuberculose quem não faz o tratamento.

O indivíduo que por uma carência alimentar ficou sujeito a se infectar com tal moléstia certamente não terá grande motivação em tomar um medicamento três vezes por dia por um período de no mínimo seis meses, sendo que este lhe provoca náusea insuportável quando tomado sem se alimentar. As políticas públicas de saúde parecem não tomar como relevante o fato de que o paciente, depois de sair do hospital, volta à sua rotina. Rotina esta que na maioria dos casos foi responsável pelo adoecimento do indivíduo. Desta forma, o Estado delega à medicina questões insuperáveis na medida em que esta teria que abordar explicitamente o problema da natureza das relações sociais na determinação da doença. Para tanto, a medicina, em sua prática, teria que tomar a saúde também como “expressão de condições sociais de existência, e não como estado teórico de ausência relativa de morbidez”, e não responder simplesmente às solicitações sociais com fármacos (LUZ; 1982; 18).

Deste ponto de vista, o reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos tem sido, no Modo de Produção Capitalista, a forma institucional de eludir o problema das condições sociais de existência, pois “os problemas de saúde intimamente conectados com os problemas de cidadania, com os problemas dos direitos humanos, porquanto a estrutura econômica cultural e social da comunidade influi profundamente sobre seu estado de saúde. Esta influencia é exercida por forças sobre as quais a medicina não tem poder de atuação e sua prevenção é problema político e de governo” (Idem, p. 18).

Ivan Illich (1975), em sua crítica à medicalização demonstra como as moléstias infecciosas que predominavam na época da revolução industrial tiveram sua baixa, independente da ação da medicina como se pensa correntemente. O autor dá o exemplo da tuberculose; em seu apogeu, a taxa de tuberculose era de 700 para 100.000 em Nova York no ano de 1812, tendo baixado para 370 por volta de 1882 antes de Koch descobrir o bacilo causador da moléstia. Quando foi aberto o primeiro sanatório em 1904, a taxa da doença chegava 180. Antes mesmo da introdução dos antibióticos, nos anos posteriores a Segunda Guerra Mundial, a tuberculose havia passado para 11º lugar, com taxa de 48 para 100.000/32.

Cólera, disenteria e tifo conheceram seu máximo da mesma forma e em seguida desapareceram independentemente da ação médica. Quando a etiologia dessas moléstias foi compreendida e lhes foi aplicada à terapêutica específica, elas já tinham perdido muito de sua atualidade. Adicionando-lhes as taxas de mortalidade da escarlatina, da difteria, da coqueluche e da varíola de 1860 a 1965, em crianças com menos de 15 anos, mostra-se que quase 90% da diminuição total da mortalidade durante esse período ocorreu antes da introdução dos antibióticos e da imunização em grande escala contra a difteria. É possível que a explicação se deva em parte à queda da virulência dos microrganismos e a melhoria das condições de habitação, mas ela reside, sobretudo e de maneira muito nítida, numa maior resistência individual, devida a melhoria da nutrição (ILLICH: 1975: 21).

Os subsídios que a medicina pode dar não suprem à demanda de saúde que a população almeja, isso, é claro, se aceitarmos que a saúde não depende essencialmente de medicamentos, mas é influenciada diretamente por fatores econômicos e sociais. Não cabe à medicina, portanto, “ser repositora (ou substituta) de algo que a própria estrutura social subtrai” (Luz; 1978; 167).

Não é pretensão do Estado acabar com a tuberculose, doença associada à pobreza, e às más condições de vida da população. Para esse mal não existe fármaco possível. O poder público parece funcionar dentro da lógica do menor gasto possível quando o assunto são os doentes pobres. Afinal, ‘obrigar’ a população a tomar o fármaco custa menos que ter que hospitalizá-lo mais tarde, melhor dizendo, custa ainda muito menos que arcar com despesas com o saneamento básico, alimentação, moradia, etc⁸.

Mas não é só com o fator econômico que o governo está preocupado, a questão da negligência com a saúde da população pobre é bem mais complexa. Tomemos como exemplo o problema da dengue na cidade do Rio de Janeiro. A doença reemergiu no Município no ano de 1986, a partir de então tornou-se endêmica apresentando anos epidêmicos. A média das taxas de incidência em anos não epidêmicos é de 27

⁸ O tratamento sem internação custa aos cofres públicos R\$ 84,60 ao longo dos seis meses, enquanto que para um paciente internado no Hospital Estadual Santa Maria o custo é de R\$20 mil por mês (O GLOBO: 16/09/07). Dados do Ministério da Saúde afirmam que a tuberculose é a 7ª causa em gastos com internação no SUS por doenças infecciosas (BRASIL, 2007).

casos/100.000 hab., já a média dos anos epidêmicos é de 470 casos/100.000hab. Apesar da gravidade do problema o governo nunca se mostrou inclinado a resolver o problema de forma definitiva, a responsabilidade dos surtos da doença sempre ficou a cargo da população, que não eliminou os reservatórios de água em suas casas, ou então, do verão chuvoso.

Fato curioso acontece no verão de 2007 quando a doença, velha conhecida da população carioca, retorna. A diferença é que neste ano a cidade será sede dos jogos Pan-Americanos, fato que parece fazer a sociedade encarar a doença de uma outra forma. O jornal “O Globo” do dia 23 de fevereiro traz como manchete “Dengue pode afetar turistas e atletas no Pan”. Na reportagem Roberto Medronho, epidemiologista da UFRJ, assegura;

Não é provável que tenha uma epidemia na cidade porque muita gente já teve dengue e está imunizada. Mas, se a situação continuar assim, quem corre risco são os turistas e atletas, que estão suscetíveis ao mosquito.

Turistas americanos, argentinos, canadenses, uruguaios, fora os atletas, podem ter dengue se plano de combate à doença não sair do papel (O GLOBO: 23/02/2007).

O problema segundo o especialista, é que os casos de dengue registrados no Rio são todos em decorrência do vírus tipo 3. Este tipo de vírus não seria encontrado nas Américas Latina ou do Norte, à exceção da Venezuela e do Caribe, o que tornaria o problema ainda mais grave segundo o pesquisador, pois quase todos os turistas poderiam ser infectados pela moléstia. Mais uma vez observa-se a velha história insistir, é claro que aqui as personagens e o enredo são outros, mas algo permanece; a preocupação do Estado com a doença ganha proporção na medida em que ela ameaça não só a população pobre, mas também outros setores da sociedade como os turistas do Pan (GLOBO: 23/02/2007).

Para proteger turistas e atletas do mal, o governo tomou diversas medidas, o Ministério da Saúde, por exemplo, planejou a campanha Pan Sem Dengue. Tal campanha pretendeu contar com 1.050 agentes de saúde, a ressalva é que estes agentes serão retirados dos municípios vizinhos ao Rio, para garantir a saúde de nossos turistas. A previsão foi a de que com esse número de trabalhadores as favelas que circundam os locais de jogos e a Vila Olímpica sejam inspecionadas, e assim, não levem perigo biológico aos excursionistas.

Até o dia 10 de Abril 4.876 casos da doença já haviam sido notificados na cidade, o que mais preocupava as autoridades era a existência de focos do *Aedes aegypti* próximos aos locais de competição. A Secretaria Municipal de Saúde decidiu, então, criar brigadas anti-dengue para atuar na Vila Pan-Americana e nos locais de competições, como o Maracanã e o Estádio Olímpico João Havelange. Além da criação das brigadas, a Secretaria de Saúde resolveu proibir que os agentes de controle de endemias tirassem férias em julho (O globo 11/04/07).

No verão de 2008 eis que a dengue retorna ao Rio de Janeiro. O diferencial é que neste ano como não aconteceria os Jogos Pan-americanos, as autoridades locais parecem ter assumido a questão de forma diversa ao ano anterior. Com isso, enquanto a doença regredia em cerca de 40% no país, no Estado do Rio de Janeiro ela crescia 117,42%; nas primeiras cinco semanas de 2008 ocorreram no Estado 8.486 casos constituindo assim cerca de 16% dos casos de todo o Brasil (Sociedade Brasileira de Parasitologia).

Atualmente 85 mil casos de tuberculose são notificados por ano, sendo que aproximadamente 6 mil pessoas morrem por ano devido à moléstia. Além disso, a tuberculose constitui-se como a principal causa de mortes dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2007).

1.4 - O RACISMO DE ESTADO E A NEGLIGÊNCIA COM A SAÚDE

De forma abreviada apreciamos como no século XIX o conceito de civilização se tornou constante na sociedade brasileira. E que implicava um ideal de embranquecimento. Esta civilização justificava a concretização de políticas públicas de saúde: ao combater a febre amarela e negligenciar as doenças que flagelavam a população negra estabelecia-se a aliança que consolidaria-se entre o Estado e as Instituições Médicas. Assim, a tuberculose constituiu-se, no final do século XIX e início do XX, como uma calamidade negligenciada; na verdade pôde-se observar que não era apenas a tuberculose enquanto doença que era negligenciada: o descaso se dava com aqueles por ela atingidos, em sua maioria negros e pobres.

Nesse sentido, a moderna prática da “gestão científica” da cidade escolhia cuidadosamente seus beneficiários – isto é, tomava suas decisões políticas – e entendia que o saneamento e as transformações urbanas não precisavam ter grandes compromissos com a melhoria das condições de vida de uma massa enorme de pessoas – os negros, esses suspeitos preferenciais, membros por excelência das “classes perigosas” (CHALHOUB, 1996, p. 58).

Pôde-se acompanhar, embora que de forma breve, como no início do século XXI o tuberculoso ainda persistia ocupando o lugar de negligenciado na sociedade. O doente tuberculoso continua sendo, em sua maioria, a massa pobre que vive em condições precárias de existência. É claro que a moléstia também atinge outros setores da população, mas estes números, em sua grande maioria, estão ligados à situações tais como a incidência da AIDS, diabetes e outras tantas enfermidades que debilitam o organismo humano fazendo com que a tuberculose se instale. Dados do Ministério da Saúde afirmam que as populações mais atingidas em relação à população geral são: a população indígena, em que a incidência é quatro vezes maior; os presidiários, que são atingidos quarenta vezes mais que a população em geral; os moradores de rua, em que a incidência da moléstia é sessenta vezes maior (BRASIL, 2007).

Diante de tais fatos e tendo em vista o funcionamento do estado - que diz ser a defesa da vida seu maior objetivo – pergunta-se: como aceitar que este mesmo modo de

funcionamento permita a legitimação da morte de seus cidadãos? Ou seja, o que possibilita o “deixar morrer” num sistema político centrado na vida?

Foucault coloca o racismo biológico em um lugar de destaque; para ele foi justamente com a emergência da biopoder que o racismo pôde ser inserido nas engrenagens dos Estados modernos. “O racismo é o meio de introduzir, afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incubiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. Essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder”(FOUCAULT, 2005, p. 304).

O direito de matar do Estado só pode ser assegurado desde que o Estado funcione no modo do biopoder pelo racismo. A raça, o racismo, é condição de aceitabilidade de tirar a vida nesta sociedade. O racismo possibilita uma relação positiva, o tipo: “quanto mais você matar, mais você fará viver”, ou “quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá”. Entre a minha vida e a morte do outro se estabelece uma relação pautada no modelo biológico, a morte do outro significa a morte da raça inferior, esta purificação tornaria a vida mais saudável (Idem, 305).

O imperativo da morte, desta forma, não denota simplesmente uma relação guerreira de enfrentamento, ela só é admissível no sistema de biopoder se visar não ao fortalecimento, diretamente atado a essa eliminação, da própria espécie ou da raça. Em se tratando da efetivação de um biopoder, o racismo é absolutamente necessário como condição de tirar a vida de alguém.

É, portanto, a partir do princípio segundo o qual a morte do diverso é a condição para a consistência biológica da própria pessoa na medida em que ela é parte de uma raça ou de uma população, que o racismo assegura sua função de morte na economia do biopoder. A especificidade do racismo moderno está colada à técnica do poder, o racismo é ligado ao funcionamento de um Estado que utiliza a raça, a eliminação das raças e a purificação da raça para exercer seu poder soberano. O funcionamento através do biopoder, do antigo poder soberano do direito de morte, envolve a ativação do racismo.

No século XIX, a justificativa do governo imperial para a eliminação dos cortiços era de

que eles eram responsáveis pela disseminação da febre amarela pela cidade. Os cortiços, ou mais especificamente, a classe pobre, ameaçava a saúde da população em geral. Com o decorrer do tempo as formas de racismo, por vezes se tornaram sofisticadas ou mesmo mais veladas. O que não quer dizer que elas desapareceram de nosso meio. Acredita-se, portanto, que o racismo de Estado se faz presente em nossas práticas quando, por exemplo, a saúde da população pobre é negligenciada. Quando esta mesma parcela da sociedade é responsabilizada pelo seu estado de saúde. Ou mesmo, quando ela é medicalizada em momentos em que sua demanda é de melhores condições sociais de existência.

Apesar da figura do tuberculoso aparecer ligada à negligência nos dois períodos analisados, vale ressaltar que tanto a enfermidade sob a óptica médica quanto os significados que o tuberculoso atualiza em seu corpo são modificados no decorrer da história. Desta forma, a figura do doente tuberculoso adquire significados diferentes segundo o arranjo médico, político e social. É assim que no próximo capítulo serão abordadas algumas das configurações desta figura que sob diversas facetas insistem na história.

CAPÍTULO II: UM BREVE TRAJETO PELAS DIVERSAS FIGURAS QUE DERAM
FORMA AQUILO QUE CHAMAMOS DE TUBERCULOSE

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.

A vida inteira que podia ter sido e que não foi.

Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

– Diga trinta e três.

– Trinta e três... Trinta e três... Trinta e três...

– Respire.

.....

*– O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e
o pulmão direito infiltrado.*

– Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

– Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Manuel Bandeira⁹

Quando se fala de um corpo tuberculoso - e algumas de suas narrativas no tempo - o que se pretende não é traçar uma história destes doentes tomando como linha a ser seguida a tuberculose como entidade universal. Isto significa que os tuberculosos não são os mesmos na história; o sentido que estes corpos adquirem no decorrer dos tempos dependem das condições que possibilitam o reconhecimento deste corpo enquanto tal. Mais que uma simples variação no tempo e nas circunstâncias, as diversas facetas as quais o tuberculoso

⁹ BANDEIRA, 1986, p. 97.

explícita falam de relações que se estabelecem em consonância com as construções político-subjetivas que se dão no domínio do *socius*.

Isto subverte a perspectiva segundo a qual a tuberculose e a figura do ‘tuberculoso’ seriam essências que atravessariam a história sob o modo de uma continuidade. Neste presente capítulo o intuito será o de pensar as diversas facetas que irrompem em distintos momentos da história – do final do século XVIII até o presente – e, assim, dão contorno ao que insistimos em delinear como ‘tuberculoso’. Logo, o que se fará presente como um fio norteador desta etapa do trabalho será questionar o conjunto de características que delimitam essa forma de estar no mundo, assim como, os sentidos que lhe são atribuídos enquanto construções sociais.

Para tanto, pretende-se lançar mão do conceito de acontecimento tal qual introduzido por Michel Foucault (1979) no seu ensaio sobre Nietzsche. Ao assegurar que o *socius* é um campo de forças sempre em luta, o autor pensa a história marcada por acontecimentos que são engendrados no acaso dessas lutas. Os acontecimentos seriam, dentro desta perspectiva, eventos singulares produzidos na sociedade em um determinado momento da história.

Tomar o *socius* como um campo de forças em luta, permitiu a Foucault romper com a noção tradicional de história. Para o autor, a história, correntemente conhecida, tem um desdobramento meta-histórico, ou seja, ela é calcada na realização de uma pesquisa que tem por objetivo o estudo da origem. Esta, por sua vez, se define por significações ideais e por indefinidas teleologias. A pesquisa, nesse sentido, tem como pretensão recolher nela mesma a essência exata de seu objeto de estudo, como se este tivesse uma forma imóvel e anterior a tudo o que externo.

Procurar uma tal origem é tentar reencontrar o que era imediatamente, o aquilo mesmo de uma imagem exatamente adequada a si: é tomar por acidental todas as peripécias que puderam ter acontecido, todas as astúcias, todos os disfarces: é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira (FOUCAULT, 1979, p.17).

Contrapondo-se a essa forma de conceber a história, Foucault resgata em Nietzsche a noção de genealogia. Fazer uma pesquisa genealógica é se deter nas meticolosidades e nos acasos dos começos. Longe da visão metafísica, a história efetiva, tal qual é entendida pela genealogia, serve ao pesquisador como meio de conjurar a quimera da origem. Atrás das coisas não “há um segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas” (FOUCAULT, 1979, p.18). É indispensável, portanto, reconhecer a história no que tange aos acontecimentos singulares, com seus abalos e suas surpresas.

Analisar os movimentos, os traços, as marcas sutis, as singularidades, as subindividualidades que se entrecruzam para formação da figura do tuberculoso, não é, portanto, reencontrar uma origem ou mesmo uma causa que justifique o surgimento de tal acontecimento. O que se propõe é uma análise das linhas que configuram o contexto de seu surgimento. Longe de pretender uma reconstituição da tuberculose na história, buscar seu começo é antes de tudo dar ênfase as ocasiões de ruptura, é colocar em evidência as novas figuras que entram em cena.

Ter o tuberculoso como um acontecimento singular é, portanto, questionar a naturalidade com as quais as características que hoje o identificam são tomadas. Numa perspectiva genealógica é inconcebível dissolver tal acontecimento em uma continuidade ideal. Sendo assim, esta figura não seria um simples efeito de um encadeamento histórico natural. Analisar sua proveniência é estar atento para a dispersão que lhe é própria, “é descobrir que na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acontecimento” (Idem: 21).

A descontinuidade se presentifica não só na história, mas no próprio homem. “Nada no homem - nem mesmo seu corpo - são bastante fixo para compreender outros homens e se reconhecer neles” (FOUCAULT, 1979, p. 27). A proveniência permite dissociar o Eu, pois para ela, é no ‘ponto’ em que o Eu inventa para si uma identidade ou uma coerência, que o genealogista parte em busca dos começos (Idem: 20).

Com isso, conceber o tuberculoso como um acontecimento não é negar suas supostas marcas físicas, biológicas ou comportamentais, mas é permitir que o sentido que essas

marcas ganharam seja desnaturalizado. Pois, é sobre o corpo que se encontra o estigma dos acontecimentos, é nele também, que eles se enlaçam, se exprimem, se desatam, entram em luta, etc.

O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as idéias o dissolvem), lugar de dissociação do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência, está, portanto no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo (FOUCAULT, 1979, p. 22).

2.1 – DO CORPO ROMÂNTICO A IDÉIA DE REFINAMENTO MORAL: O TUBERCULOSO NOS SÉCULOS XVIII E XIX



Figura 1: Detalhe do quadro *A primavera*, de Sandro Botticelli.

10

¹⁰ A respeito das figuras citadas no decorrer deste capítulo consultar Soares (1994).

Estendendo-se por todo o século XVIII e até mesmo atingindo o XIX, a figura do tuberculoso foi densamente acoplada à sensibilidade romântica: o fato de se tornar tuberculoso nesta época por certo se tornava indício de marcado refinamento. Doença dos poetas, artistas e intelectuais, a tuberculose repercutia neste momento como marca maior de uma existência excepcional. De acordo com Porto (2007, p. 44) a sensibilidade romântica tomava como entrave à criação os “comportamentos comuns, as atividades corriqueiras e a moral vigente”, condutas e posturas responsáveis pelo encobrimento dos sentidos mais puros da vida. Desta forma, a tuberculose, tida como uma experiência que escapava a vulgaridade de uma vida menor, tornava-se o ‘meio’ primordial de alcançar a existência plena.

[...] em fins do século XVIII e início do XIX a tuberculose era vista como doença romântica que aguçava a sensibilidade, o requinte e a delicadeza de personagens figurativos e engrandecia a obra artística, valorizando os sentimentos dos que a carregavam em seus corpos. Ignorava-se sua presença nos cortiços, entre operários. Enfim era relacionada aos sensíveis e capazes de grandes paixões, que não figuravam certamente entre os pobres. Para as artes, era o tempo da doença, mítica e individual dos ricos, ao menos de espírito, segundo o pensamento da época [...] (FERNANDES, 2004, p.770).

Ícone da nobreza e genialidade artística, os sintomas da tuberculose permitiam então colocar em jogo o ideal romântico que ansiava por uma interioridade que estaria para além da vida corriqueira. Assim, não é difícil encontrar entre os poetas daquele momento o anseio pela moléstia.

Eu desejo uma doença grave, perigosa, longa mesma (sic), pois já me cansa essa monotonia da boa saúde. Mas queria a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado. (CASIMIRO DE ABREU *apud* PÔRTO, 2007).

Tomada como expressão máxima de um processo de individuação plena, a doença colocou-se como um atributo de extrema importância na oposição que fazia à nova ordem burguesa daquele momento. Sabe-se que o século XVIII e início do XIX é marcado como

um período de mudança significativas no que diz respeito aos valores político-sociais: por um lado tem-se a aversão às paixões exaltadas e, concomitante a isso, há a propagação do ideal de produtividade. A tuberculose entra em cena como um recurso, “a negação do ‘mundo concreto’, e de expressão de sua desilusão para com a vida social” (PÔRTO, 2007, p. 44).

Assim fica definido o padrão romântico de representação da doença. Padrão que vê na tuberculose sinal de caráter nobre, genialidade artística e intelectual, bem como a expressão de uma individualidade incomum e por isso mesmo refratária aos princípios que valorizam o comportamento social consentâneo com o modo burguês de vida. Os pectários não são criaturas que pertençam ao mundo do trabalho e das preocupações materiais. A aparência do doente evoca uma concepção espiritualizada da doença que, em boa medida, encobre a incapacidade da medicina e da sociedade de tratá-la e de vencê-la (Idem, 45).

Na segunda metade do século XIX vê-se surgir uma nova forma de conceber a experiência do adoecimento pela tuberculose. Esta nova figura do tuberculoso emerge em meio à sociedade fazendo com que seja possível se estabelecer um corte com a visão vigente até então. É claro que a perspectiva romântica sobre a doença não se extinguiu, mas por certo deixou de ser hegemônica. A partir deste momento, a moléstia passa a ser concebida como uma importante agente no processo de aprimoramento moral de suas vítimas.

Exemplo notório do retrato da tuberculose naquela sociedade é dado pelo romance de cunho autobiográfico¹¹ de Alexandre Dumas Filho (1965), publicado pela primeira vez em 1848. ‘A dama das camélias’ retrata a relação vivida entre Armand Duval, jovem burguês estudante de direito, e Marguerite Gauthier, a mais desejada cortesã de Paris. Marguerite - protagonista de uma vida dissoluta, cheia de excessos e vaidades - contrai tuberculose. No decorrer de sua vida se depara com o amor de Armand que se mostra preocupado com sua saúde. Marguerite abandona sua vida de luxo e assim vive junto a Armand a intensidade de um amor puro e desprendido. Neste momento, Gauthier passa por sua maior prova de caráter quando é convocada a fazer uma escolha. Esta escolha, segundo Pôrto (2007), só será ‘justa’ porque a tuberculose promoveu o refinamento de sua moral, é apenas a partir da tuberculose que ela vai adquirir conhecimento de sua pureza moral.

¹¹ Ao que se sabe, Dumas filho se inspirou em sua relação com a cortesã Marie Duplessis para escrever o então romance ‘A Dama das Camélias’.

[...] Então eu te conheci moço, ardente, feliz; as lágrimas que te vi derramar por minha causa, o interesse que te vi demonstrar por minha saúde, as visitas misteriosas enquanto estive doente, a franqueza, o entusiasmo, tudo isso fez com que eu te tomasse por aquele a quem vivia chamando, do fundo de minha ruidosa solidão. De repente, desatinada, construí o meu futuro sobre o seu amor e me pus a sonhar com o campo e as coisas simples, a lembrar de meu tempo de criança porque aconteça o que acontecer, nada apaga da memória a criança que um dia fomos. Estava querendo o impossível; uma frase sua me fez cair em mim tudo, agora já sabe! (DUMAS FILHO, 1965)

Não seria por acaso que tal obra ganharia tão notória popularidade no século XIX, afinal não é qualquer personagem que ganha o lugar de heroína. Marguerite na condição de cortesã traz consigo o estigma de uma existência imoral, seu lugar de redentora só é possível porque Gauthier passou pelo justo sofrimento causado pela doença. “Estes traços menos físicos do que morais, refletem a imagem que a sociedade da segunda metade do século XIX fazia do tísico, ao mesmo tempo em que se atualizavam num tipo de comportamento coerente com as expectativas morais da época” (Pôrto, 2007, 45).

A vocês dois eu posso falar francamente. Sei que acreditam em mim porque é com o coração que me ouvem. Há momentos em que me esqueço do que fui; em que a mulher de outros tempos se destaca de tal forma da mulher de hoje, que são duas pessoas que eu vejo e a segunda, apenas a custo se lembra da primeira. Estranha aos meus próprios olhos, estranha aos olhos dos outros! Quando vestida de branco, um grande chapéu de palha na cabeça, a peliça no braço por causa da frescura da água, subo com Armando no barco, deixando-o ir ao sabor da corrente e parar, sozinho, sob os salgueiros da ilha mais próxima, quem diria que essa sombra branca é Margarida Gauthier? Já fiz gastarem em flores mais dinheiro do que seria preciso para sustentar uma família durante um ano agora uma só flor que Armando me deu esta manhã, basta para perfumar todo o meu dia. Vocês sabem o que é o amor, como as horas correm ligeiras, levando nos sem atropelo e sem fadiga, ao fim das

semanas e dos meses. Oh! Como eu sou feliz Mas ainda quero ser mais... pois não lhes contei tudo... (DUMAS FILHO,1965)

No Brasil em 1872 é publicado no jornal O Tupy ‘história de uma cocote’. Segundo Soares (1994) os desenhos retratam a trajetória de uma Dama das Camélias tupiniquim. Tendo uma infância feliz, abençoada por anjos e livre de enfermidades a jovem moça “desperdiça a saúde e a vida entre danças, namoros e orgias, terminando tísica em um leito de hospital. A seu lado, como única companhia, uma escarradeira testemunha a presença da Peste Branca, cruel destino para uma vida degenerada”.



No berço.



O lar domestico.



No collegio.



Um rendez-vous.



No hospital.



Na orgia.

Figura 2: 'História de uma cocote', *O Tupy*, Rio de Janeiro, 1872.

2.2 – O SÉCULO XIX E SEUS INTERSTÍCIOS: EIS QUE EMERGE UMA NOVA CONCEPÇÃO DO CORPO TÍSICO

– *Aquelle typo que vês é um seeador da Morte. Se tivéssemos leis mais sábias, mais previdentes, esse monstro, em vez de andar por aqui manchando, com seu luto, o esplendor desta tarde e compromettendo a vida, estaria em um asylo, segregado dos homens. Está tísico. (...) Sabe que está perdido, di-lo a todos e, propositadamente, dissemina o seu mal”*
(COELHO NETO apud PÔRTO, 2007 46).

É na virada para o século XX, que o corpo tuberculoso passa a ser concebido de uma forma diversa a anterior. A tuberculose é então considerada um mal social e sua ocorrência encontra-se, desde aquele momento, associada às condições de vida. Se no século XIX a sensibilidade romântica ao reverenciar a tuberculose como um sintoma de atitude nobre e excelência artística ignorava o padecimento dos doentes tuberculosos pobres que se concentravam nas áreas miseráveis da cidade; no começo do XX há uma drástica mudança neste pensamento.

Segundo Pôrto (2007, p. 46), é em consequência de sua constância e disseminação entre a população miserável que a tuberculose vai ganhar o século XX como insígnia de preocupação e manifestação de desordem social. Assim, a figura do tuberculoso emerge logo ao final do século XIX associada a uma hermética distorção hereditária, ou a própria miséria. “O doente via-se desqualificado para o casamento, para o exercício de certas atividades e até para o seguro de vida de outros membros da família. Portanto, o horror à tuberculose deve-se menos à condenação à morte física do que à condenação à morte moral”.

De¹² modo que o medo de ficar tísico – que era como se chamava o indivíduo magro, tossidor e que morria – porque a própria doença ... fazia com que houvesse um pavor. Uma família que tinha um doente tuberculoso estava sempre disfarçando, ele não aparecia. Na minha família havia verdadeiro

¹² Este depoimento foi dado à Casa de Oswaldo Cruz em estudo sobre a tuberculose, o narrador é o médico Raphael de Paula Souza, fisiologista, que lutou toda a sua vida contra a tuberculose.

pavor de tuberculose, a tal ponto que quando eu adoeci, eu tive de esconder da minha família que estava doente. Fui tratado, naquela ocasião, de stress, chamava-se surmenage, e eu tratei de uma surmenage por muito tempo, muitos meses, e tudo por essa razão de medo. Quem sabia alguma coisa, e me dava apoio muito grande na família, inclusive escondendo da família, era meu irmão, meu irmão mais velho que me ajudava muito. E mantinha um certo silencio sobre isto. Não se discutia esse problema (Depoimento de SOUZA apud NASCIMENTO & PÔRTO, 1994, p. 130).

O depoimento de Raphael de Paula Souza retrata eficazmente o peso que tinha a tuberculose nas primeiras décadas do século XX. Associada à miséria social a doença passa a exhibir contornos dramáticos: um caso de tuberculose na família era sinal de vergonha. Deste modo a moléstia começa a ser ocultada entre as classes opulentas, o fato de ser tuberculoso é diretamente relacionado aos males da hereditariedade e a pobreza. Segundo Fernandes (2004, p. 770) a perspectiva “bacteriologizante” das doenças fez surgir padrões diferenciados de saúde, e com isso a glorificação do corpo saudável. Logo, a tuberculose passa a ser concebida no meio social como um mal da classe operária e dos miseráveis, doença típica das classes populares.

A medicina investe decididamente em políticas de saúde pública, ao mesmo tempo em que a doença, já não mais expressão de uma mórbida elegância, ganha contornos mais dramáticos justamente por caracterizar sintomas evidentes de miséria social. O tuberculoso não é mais um *dandy* entediado ou uma cortesã excepcionalmente encantadora e exuberante que poderá se redimir, mas sim aquele homem comum, desprovido de recursos, que habita os centros urbanos e industrializados. A migração da tuberculose para as camadas mais pobres da população não impede, todavia, que alguns de seus traços mais característicos – dentre eles o de degenerescência moral – continuem presentes ao nível da percepção popular da doença. A questão agora é a de que aos traços “negativos” não correspondem mais, simetricamente, os “positivos” (PÔRTO, 2007, p.48).

A seguir será apresentado um cartaz da Inspetoria de Profilaxia da tuberculose, confeccionado na cidade do Rio de Janeiro na década de 1920. Nele será possível observar como a questão da tuberculose passou a ser delineada como uma questão social. Direcionado aos operários, o cartaz tinha como função educar o povo a respeito da moléstia. O folheto representava na época o progresso alcançado no conhecimento

científico sobre a doença e também a compreensão da função do Estado no combate ao mal, “essas imagens nos mostram um momento de transição entre o mórbido sensualismo predominante no passado e a visão social da tuberculose que prevalecerá por todo o século”.

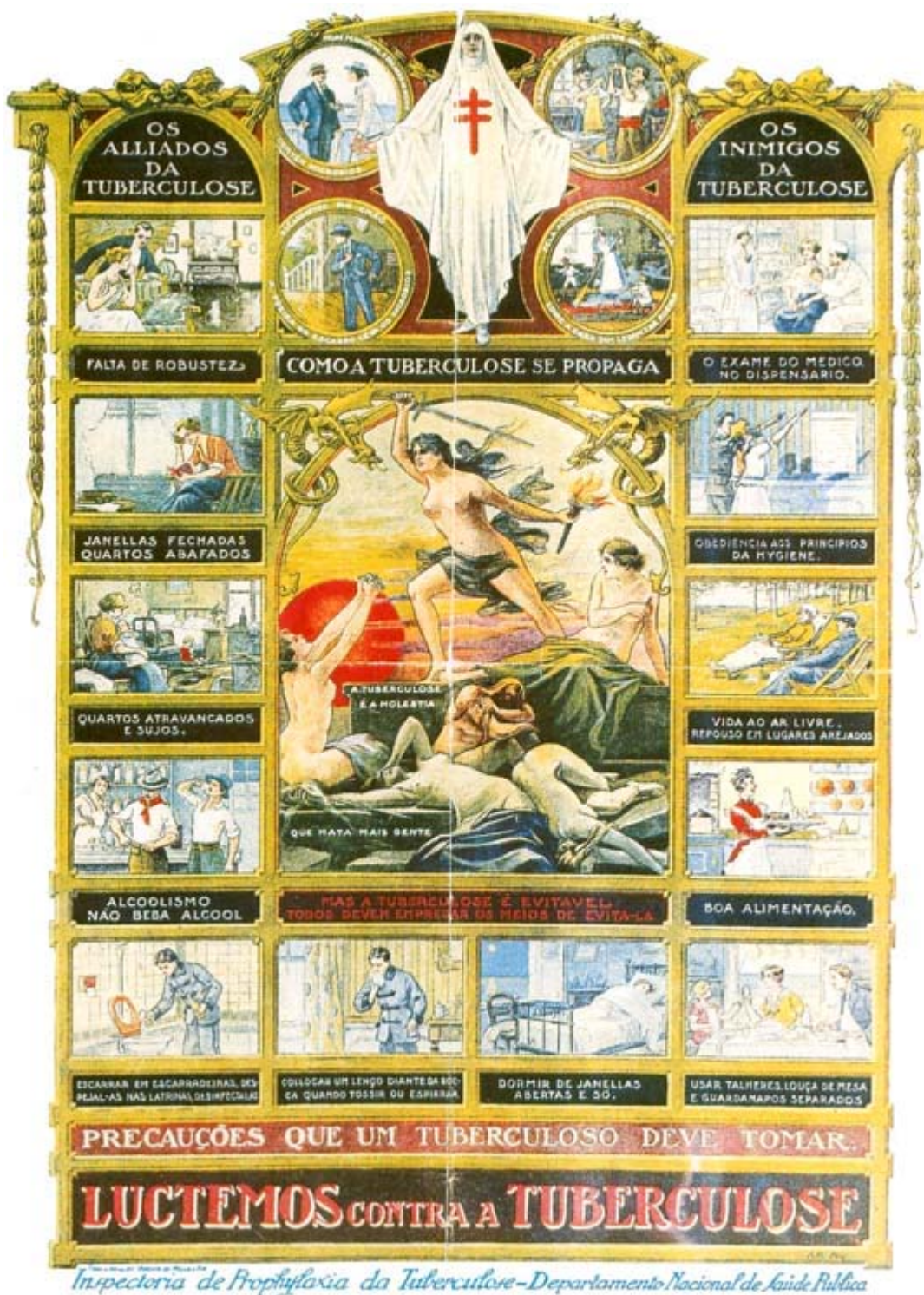


Figura 3: Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, Rio de Janeiro, década de 1920.

Se no início do século XIX a febre do corpo tuberculoso era identificada com a febre da paixão das almas sensíveis, posteriormente - como um acontecimento simultâneo à descoberta de Koch - os doentes passam a ser considerados “degenerados, vítimas da miséria e principalmente do desrespeito às regras morais”. Dada às circunstâncias, aos tuberculosos restaria apenas uma alternativa: “a exclusão social e o conseqüente isolamento em estações de cura, mais propriamente em instituições sanatoriais onde especialistas médicos tentariam a correção dos espíritos e a cura dos corpos” (BERTOLLI, 1999).

É neste sentido que em um livro de memórias Nelson Rodrigues dirá:

Se me perguntarem por que fiquei doente, diria apenas: - fome. Claro que entendo por fome a soma de todas as privações e de todas as renúncias. Não tinha roupa ou só tinha um terno; não tinha meias e só um par de sapatos; trabalhava demais e quase não dormia; e, quantas vezes, almocei uma média e não jantei nada? Tudo isso era a minha fome e tudo isso foi a minha tuberculose (RODRIGUES, 1967, p. 188).

É neste livro que Rodrigues fará uma narrativa de sua própria experiência asilar. Nelson, no período de abril de 1934 a junho de 1935, ficou internado num sanatório em Campos do Jordão. A experiência do dramaturgo não é um caso isolado; ao que consta a climatoterapia¹³ foi assumida enquanto terapêutica específica nos casos de tuberculose nas primeiras décadas do século XX. Segundo Fernandes (2004) os sanatórios e hospitais próprios aos tísicos defendiam a idéia de que o clima específico das grandes altitudes associados ao isolamento, repouso e alimentação adequada seriam essenciais à cura dos tuberculosos. “Café na mesa, das sete às nove; almoço, às onze e meia; repouso absoluto, de uma às três; jantar às seis: silêncio, às nove. Era a casa dos mortos. Casa dos mortos” (RODRIGUES, 1967, p. 196). Não obstante, era fato que a indicação ao isolamento servia a diversos princípios, entre eles o do preconceito frente à moléstia, “constituindo os

¹³ As cidades mais importantes no contexto da climatoterapia foi em primeiro lugar Campos do Jordão (que também ficou conhecida como a suíça brasileira) localizada na serra da Mantiqueira, e a segunda foi São José dos Campos que se encontra no vale-paraibano.

sanatórios como espaços onde o paciente podia ser retirado da sociedade ou mesmo escondido dela” (2004, p.769).

No acervo de depoimentos orais ‘ Memória da Tuberculose’ da Casa de Oswaldo Cruz, ao narrar sobre os sanatórios Raphael de Paula Souza deu o seguinte depoimento:

O tratamento não era tão grande. Mas o número de doentes e a fama de Campos do Jordão fazia com que ocorresse uma quantidade enorme de doentes paupérrimos, que arranjavam para ir para lá da seguinte forma: quase que todo mundo no interior, quando adoecia, o delegado de polícia arranjava um jeito de dar um passe pra ir ele ir pra Campos do Jordão. De modo que chegavam doentes em péssimas condições. Geralmente em último estágio. Porque quando se chega a pedir...São doentes que foram ficando por muito tempo sem possibilidade de tratamento. De modo que morriam, freqüentemente, dias depois de chegarem em Campos do Jordão. Alguns morriam logo que chegavam na estação. O chefe da estação era um sujeito de um coração extraordinário. Chamava-se Sebastião Leitão. Esse Sebastião Leitão então ajeitava no pátio da estação umas camas, uns colchões para o indivíduo não ficar... mas era a vida. Porque a estação só tinha uma cobertura, não tinha área fechada. Morriam ali no próprio pátio onde se descia, ali na estação. Isso era freqüente, era coisa diária. Então, uma coisa trágica (SOUZA 1990 apud NASCIMENTO & PÔRTO, 1994, p.135).

Já não bastasse a dor física e o medo da morte prometida, ainda restaria uma consternação maior: o isolamento social para muitos se tornava mais doloroso que os males diretamente físicos produzidos pela doença. Ao rememorar sua estadia no sanatório, Rodrigues enfatiza o medo de morrer sozinho. “*Tinha medo, eis a verdade, tinha medo. Nunca houve um homem tão só, homem mais só. Pensava: - “Se eu piorar, desço imediatamente. Quero morrer em casa”*” (RODRIGUES, 1967, p. 196). Em seguida ao comparar o doente tuberculoso após a descoberta dos medicamentos específicos e os da década de 1930 afirma:

[...] O tuberculoso de hoje, salvo os casos agudos, namora, casa, beija. Naquela época, havia pavor ao contágio. Eu me lembro que, nos primeiros dias de Campos do Jordão, perguntei aos médicos: - “Entre marido e mulher, há contágio?” Dependia. Falaram em contágio maciço. Beijo era contágio maciço (Idem, 196).

Mas a vida nas urbes climatoterápicas não se reduzia apenas a espera da morte. Naquele cenário de extenuante tédio, o fastio do cotidiano era dilacerado por um modo próprio de sobrevivência. A exclusão do mundo dos sadios associada à convivência prolongada em grupo nos sanatórios, pensões e dispensários; por vezes, produzia um sentimento de comunidade. De acordo com Bertolli é possível observar entre os internos a produção de regras próprias ao seu cotidiano. Além disso, havia a criação de códigos comportamentais que escapavam à sanção médica, “explicações peculiares sobre o mal-dos-peitos e gírias próprias são alguns dos indícios caracterizadores de uma subcultura do grupo que os próprios tuberculosos denominavam de ‘comunidade dos fracassados’” (BERTOLLI, 1999).

Em “Floradas da Serra” romance de Dinah Silveira de Queiroz escrito em 1939, há uma ilustração bastante rica do que seria a experiência de viver em uma ‘estância climática’. Ambientada em Campos do Jordão, a obra se desdobra trazendo à tona questões pertinentes ao ‘mundo dos tuberculosos’ na primeira metade do século XX. Do mesmo modo, é dado destaque a personagens que nutrem as categorizações do que seria o tuberculoso naquele momento. Seus dramas, medos, a cumplicidade da vida em comunidade, a vivência e a construção dos comportamentos tidos como típicos dos acometidos pelo ‘mal do peito’ são então retratados de forma precisa. Para se ter idéia dos contornos que experiência nas cidades climatoterápicas impunham aos seus moradores vale destacar a fala de Flávio, tísico residente há anos em Campos do Jordão, que se justifica pelo modo como abordou Elza, doente recém chegada a urbe. – “Há de acostumar-se depressa com a familiaridade que se usa aqui. Somos uma espécie de náufragos perdidos numa pequena ilha. O mundo fica longe” (QUEIROZ, 1984, p. 32).

Dinah, na construção de seus personagens, parece concentrar acentuada preocupação com aquilo que seria entendido como comportamentos peculiares daqueles que eram

acometidos por uma deformação espiritual atribuída, no caso, ao bacilo de Koch. Assim, podemos identificar no romance diversos desenhos da tuberculose. Elza é o retrato da jovem bem abastada que se encontra doente e, então, é encaminhada para uma pensão onde será tratada. Os dilemas desta moça vão desde o pavor da morte até o medo de que o noivo descubra a sua doença e que, desta forma, a deixe. A trama desta moça permite que seja apresentada ao leitor a forma como se aprende a construir meios de sobrevivência em um espaço que se mostrava inteiramente inóspito. No desenrolar dos acontecimentos, Elza se vê curada, e Dinah encontra ali a chance de explicitar um pensamento corrente na época. Por outro lado explicita-se, por certo, o desprezo com que os curados tratavam seus comparsas ainda enfermos.

Saía agora menos com Flávio. Achava nele, como em Lucília, qualquer coisa de incompreensível. Qualquer coisa que vinha desde o dia em que Dr. Celso falou em cura. Não era sua culpa. Às vezes, perguntava: “Por que não me vem buscar, Flávio”?

“Porque agora só quer os grã-finos de Capivari.” E a olhava com desconfiança, com uma prevenção. E triste, triste, como se não fosse justo que passeasse, dançasse, tentando “aprova de atividade” antes de descer... (QUEIROZ, 1984, p. 138).

Sobre outro viés é possível ainda deslumbrar a idéia de que os tuberculosos alimentavam uma destemida inveja para com aqueles que outrora, amigos e companheiros na luta contra a enfermidade, se encontravam agora livres da doença e prontos para voltar a ‘vida normal’.

- Você quer dizer ... que a invejo. Desce curada, mais bonita... Engana-se, porém.

A sua voz era sibilante.

– Não sou nada hoje. Aleijada... oh, não proteste, deixemos de fingimentos inúteis. Desprezada por Bruno... Engana-se, Elza, juro que se engana. Não me trocaria por você.

A minha vida, feliz ou desgraçada é minha... Vivo cem vezes mais que você. Que sabe dos seus próprios sentimentos? Acomodada maciamente por sua mãe aqui, alimentando as esperanças de Osvaldo e tendo em Flávio uma escora sentimental, apoiou-se nele, como em mim, para suportar essa vida, e agora

*vai, volta para os cuidados da família, tranqüilamente. E um dia há de casar...
E terá gente sempre muita gente à sua volta.
Mas nunca há de provar...* (QUEIROZ, 1984, p. 147).

Personagem de grande destaque na obra de Queiroz foi sem dúvida Lucília. Esta parecia não se conformar com as regras impostas e assim traçava um caminho próprio. Destemida, teimava em não se conformar ao seu destino: era “uma menina impossível”. Descrita por Letícia, companheira de pensão, como geniosa, Lucília faz questão de não seguir os preceitos médicos. “Não sei o que faço com essa pequena. Recomendo-lhe repouso. Pode andar, sim, mas não como tem feito ultimamente [...] É uma doente rebelde.” Estas palavras selam o posicionamento do médico que se diz cansado com o trabalho que Lucília exige (Idem, 8). Se não bastasse seu descaso frente à doença, a personagem no decorrer de sua trama ainda se envolve com Bruno, e ‘dispensando a ele seu amor alcança a ruína’. “Aliás, o amor deve ser dosado para os doentes. Nada de paixões” (Idem, 124).

Parece que Dinah concluiu que nenhum tísico, nem mesmo sua querida personagem, reunia forças suficientes para alterar o rumo da vida que fora assenhoreada pela peste. A opção sentimental assumida por Lucília condenou-a à decadência física e moral. O repentino desaparecimento de Bruno ditou o agravamento do estado de saúde de Lucília, que tornou-se demasiadamente frágil para se manter avessa ao destino e para reagir contra a decisão médica que apontava a toracoplastia como recurso único para arrancá-la das garras da morte (BERTOLLI 1999).

Ao que parece, nas primeiras décadas do século XX, pronunciar o nome tuberculose ou tuberculoso trazia mau presságio. Queiroz incorpora tal atitude em seu livro e faz dele um estilo. No decorrer de seu texto o nome da moléstia não é explicitado, os doentes, como na época, se referem à enfermidade de diversas formas: “os cupins” página 116, “pneumonia” página 50, “a moléstia” página 58, “os micuins” página 133, são alguns exemplos da forma como a doença foi denominada no texto de Dinah. Segundo Pôrto (1994, p. 47) era usual ainda se referir a moléstia através de expressões do tipo: “brasileira”, “brasileirinha”, “branquinha”, “lolose”, “magrinha”, “meu xodó”. Segundo a autora o uso de tais expressões tinha o caráter irônico, com isso, pretendia-se não apenas esquivar-se dos estereótipos, mas também fugir ao pavor que a tuberculose representava.

“Floradas na serra” desenharia muitos outros contornos da figura do tuberculoso da época. O que dizer de Turquinha personagem também atingida pelo bacilo, que quando vê seu amado vencido pelos “cupins” se entrega ao misticismo desenfreado tornando-se, ao final, espírita. Ainda no que diz respeito à Lucília, encontra-se associado a esta personagem outra característica que teria povoado o imaginário da população e a conduta dos tuberculosos da primeira metade do século XX: Lucília se mostraria extremamente sexualizada. “Nessas noites de insônia, o seu corpo ficava tão sensível, que o próprio toque das cobertas lhe despertava arrepios” (QUEIROZ, 1984, p. 85).

Nelson Rodrigues em meio a sua narrativa da experiência no Sanatorinho em Campos do Jordão explicita o seu encontro com o ‘caráter erótico da tuberculose’. Na complexidade de uma história engraçada, que ao mesmo tempo em que faz rir também deixa o gosto amargo da triste experiência daqueles que a viveram, Nelson narra o episódio de amor entre uma égua e um cavalo que desperta o desejo dos tuberculosos.

[...] Ah, o desejo era triste no Sanatorinho.

Eu estava lá há um mês, um mês e pouco quando apareceu uma égua, em nosso mato. Lindo, lindo animal [...] – “Cavalo árabe”. Até que, uma tarde, aparece, no mesmo terreno um cavalo. Era o casal. Por certo, o recém chegado não era bonito. [...]

Já tocara o repouso absoluto. Duas e tanto da tarde. E todos os doentes, inclusive os febris, apinhavam as janelas. Fui um dos que subiram na cama e espiaram a cena. O cavalo rondava, grave e triste, a companheira. Entre os dois, uma distancia de uns dez metros. Os doentes esperam cinco, dez, quinze minutos. Um de nós grita: - “Vai, seu bôbo!” Outro esbraveja: - “Não quer nada!” Houve um momento em que o animal se afastou. Rompeu um desespero no Sanatorinho.

Ele está longe, olhando para o fundo da tarde. Até que, de repente, volta. O Sanatório, em peso, deixa de respirar. Ardiam, em todas as janelas, as fomes de sexo. O desejo anônimo e geral também pastava. Ninguém dizia nada. Um internado, que ia morrer dois dias depois, agarrava-se ao vidro, na dispnéia pré-agônica. Não sei quanto tempo passamos, ali, com as sacadas debruçadas sobre aquele amor. Depois, ainda olhamos o cavalo que se retirava, levando a

tristeza grave da posse acrobática. Os doentes saíram das janelas numa desesperada euforia. Só o baiano da toracoplastia teve uma prodigiosa crise de choro. Soluçava: - “Vou descer pra Salvador. Vou matar minha mulher.” Ninguém disse nada. O sonho subia de nossas entranhas como uma golfada (RODRIGUES, 1967, p.198).

“Emagrecidos e emaciados, displicentes no traje e no asseio corporal, avessos à ordem, incitadores de rebeliões, hostis a tudo e a todos, traiçoeiros, hiper-sexualizados e dispostos a infectar inocentes sadios”. É com estas adjetivações que Clemente Ferreira¹⁴ dissemina uma forma de se conceber a figura do tuberculoso nos primeiros anos do século XX. É claro que o movimento de Ferreira não acontece de forma isolada naquela sociedade, o clínico só faz explicitar um pensamento que se tornara corrente naquela população. O Dr. Clemente foi um dos primeiros a apadrinhar a idéia de que os atingidos pela tuberculose deveriam ser reclusos, e que enquanto isso não acontecesse o ideal seria que a população lhe negasse qualquer contato mais próximo (BERTOLLI, 1999).

¹⁴ Clemente Ferreira era clínico, ao que se sabe o médico no início do século XX se encarregou da tarefa de disseminar na sociedade o perigo que representava o tuberculoso. Assim através de folhetos e cartazes ansiou difundir as pretensas características físicas e morais do tísico (BERTOLLI, 1999).

O BACILO de KOCH



Figura 7: Luís Sá, 'O bacilo da tuberculose', Niterói, década de 1970.

Ainda segundo Bertolli (1999) a emergente tisiologia nacional foi conivente a esta “versão moderna do tuberculoso”, assim, a grande maioria dos médicos se tornaram reprodutores das idéias de Clemente Ferreira. Confirmando este fato, Bertolli relata o episódio em que no ano de 1933 o médico Almeida Prado conduz seus alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo até o Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga. Em sua exposição Prado apresenta o caso de José Candiá tido como modelo clássico do que se entendia por “perfil psicológico” do tuberculoso. “José Candiá era um sitiante sorocabano [...] que dera entrada sanatorial no mês anterior. Após informar que o paciente sofria de "tísica terminal", o catedrático definiu o doente como um homem de "vida promiscua, alcoólatra, fumante inveterado e sifilítico””.

Em plena saúde começou a sentir-se fraco, fraqueza que aumentou rapidamente, a ponto de deixar completamente o serviço em dois dias, perdendo todas as plantações. Tinha pouca tosse com expectoração amarela. Foi carregado para S. José onde dr. Ivan o examinou. ... O médico receitou e

melhorou muito. Foi a Guararema trabalhar em balcão, mas tornou a vida irregular, passando noitadas em jogo, bebidas e mulheres. Foi atacado então de tosse muita extensa, com abundante escarros, escarrando sangue um dia, laivos de sangue. Começou então a sentir febre à tarde, um arrepio e dor de cabeça. Suores abundantes e emagrecimento rápido (Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga, Prontuário nº 92 apud BERTOLLI, 1999).

A partir da década de 1950 com o advento dos quimioterápicos, a tuberculose se tornou uma doença curável. Com isso foi difundida na sociedade a idéia de que só morre de tuberculose aquele que não se trata. Mas, de acordo com Nascimento (1999, p.138) a existência do tratamento específico para moléstia não garantiu o seu controle. Atualmente a tuberculose está diretamente ligada ao aumento da miséria de uma parcela da população, a resistência aos medicamentos que a bactéria vem desenvolvendo e mesmo a sua associação a AIDS.

2.3 - DA DISCIPLINA AO CONTROLE

Como foi visto, a forma de se lidar com a figura do tuberculoso no início do século XX consistia em segregar os doentes em sanatórios e dispensários em cidades afastadas das grandes metrópoles, nas denominadas estâncias climáticas. Com o advento dos medicamentos específicos o tratamento dado a estes indivíduos modulou-se; hoje estes não permanecem reclusos nas instituições, mas nem por isso deixam de ter suas vidas gerenciadas. Como foi abordado no primeiro capítulo, o cotidiano destes sujeitos é entrecortado pela presença do Estado que supervisiona a tomada da medicação.

Acredita-se que esta mudança no modo de tratar ou mesmo gerir a vida dos tuberculosos está diretamente ligada ao que Foucault apontou como uma passagem do poder disciplinar para o biopoder. Segundo Foucault, nos séculos XVII e XVIII assistiu-se ao aparecimento de técnicas de poder que eram essencialmente centradas na constituição de um corpo individual. Essa tecnologia de poder denominada pelo autor de poder disciplinar incidiria sobre o corpo com o intento de torná-lo dócil. Logo, corrigindo-o e reformando-o pretendia-se fazer com que esse corpo se tornasse qualificado e que assim fosse capaz de trabalhar e produzir (Foucault, 1974).

Realizando uma segunda tomada de poder a tecnologia do biopoder, por sua vez, não se destina apenas a uma individualização do homem, mas seu exercício se dá em outra escala e com a construção de outros instrumentos que lhe dão suporte e auxílio. O biopoder, diferente da técnica disciplinar, incide sobre o corpo não apenas enquanto uma individualidade, mas sobre o próprio viver do homem. Tendo então focos distintos o biopoder não suprime o poder disciplinar, pelo contrário, usa a técnica disciplinar ao seu favor. Foi preciso que a técnica disciplinar surgisse previamente, e que assim, fosse exercido uma primeira tomada de poder sobre o homem através de um modo de individualização para que o biopoder nascesse.

Com a entrada do biopoder em cena, acontece uma complexificação nos planos político e subjetivo. O projeto político na contemporaneidade parece se montar a partir de uma dupla focalização: “nos corpos individualizados, docilizados para seu melhor aproveitamento pelos aparelhos de produção e na população que se torna alvo de práticas extensivas de

controle” (Benevides e Passos, 2005a, p.567). A construção deste projeto político que se iniciou no século XVIII com a técnica disciplinar e que foi incrementada a partir do século XIX com a tecnologia do biopoder permitiu que as práticas de poder fossem ampliadas no seu jogo de assujeitamento que agora incidem ora sobre os indivíduos, ora sobre as populações.

As práticas de biopoder permitiram a criação de um mercado da saúde. O corpo passou a estar constantemente a disposição das manipulações da ciência, o imperativo da vez tornou-se o ‘biologismo’, e assim, tudo é explicado através das taxas de hormônio, da genética, da fisiologia, etc. Sant’anna (2002) em artigo publicado no livro “Imagens de Foucault e Deleuze” ao falar sobre uma nova tomada de poder sobre o corpo no contemporâneo diz o seguinte:

[...] esta nova ordem aspira não apenas a purificação biológica definitiva, pautada pela regeneração de uma raça, mas, também, a medicalização e a prevenção absolutas por meio da aceleração do processo de ‘endocolonização’ dos corpos com os produtos fabricados pela indústria biotecnológica atual (SANT’ANNA, 2002, p. 105).

O terreno da limpeza social atinge, agora, não apenas uma raça ou uma classe social, mas, sobretudo, os genes, os órgãos e as células de todos os seres vivos. Assiste-se então, ao surgimento de uma mega indústria que comercializa produtos que parecem sempre funcionar como um remédio. A publicidade não cessa de anunciar alimentos que previnem doenças, superenriquecidos, cosméticos com função terapêutica, enfim produtos que sugerem o apagamento das fronteiras entre saúde e bem-estar (Idem, 2002).

Camuflado na justificativa de um cuidado com o bem-estar ou saúde dos humanos, as tecnologias biopolíticas incidem sobre as populações exercendo regras de controle que se estendem a todo seu viver. Assim, o corpo tuberculoso passa a ter a vida regulada e regulamentada por regras que o desapossam de sua força de emancipação.

Em consonância com Foucault, Deleuze (1992) nos apresenta a sociedade contemporânea como a sociedade de controle. Nessas sociedades o poder se exerceria de forma contínua sobre os indivíduos, as instituições de seqüestro - espaços fechados como a

escola, a prisão, hospitais psiquiátricos, sanatórios, dispensários, etc, que nos séculos XIX e XX marcaram o poder disciplinar - estariam em crise.

A formação dos corpos dóceis, que se deu através do poder disciplinar, não é totalmente banida da sociedade. Mas, agora, as relações de forças são marcadas por uma nova tecnologia de poder, o controle sobre os corpos se dá a partir de uma modulação contínua que acontece a todo tempo, em todos os lugares.

São as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares. “Controle” é o nome que Burroughs propõe para designar o novo monstro, e que Foucault reconhece como nosso futuro próximo, Paul Virilio também analisa sem parar as formas ultrarápidas de controle ao ar livre, que subsistem às antigas disciplinas que operavam na duração de um sistema fechado (DELEUZE, 1992, p. 220).

Na atualidade é explícito a forma como esse poder se exerce sobre a figura do tuberculoso. O controle não se encerra mais, por exemplo, em instituições como os hospitais, sanatórios e dispensários. Estas existências são controladas o tempo todo, seja através do tratamento diretamente observado em que recebem a visita de um agente do Estado em suas casas para inspecionar a tomada do medicamento, seja através da culpabilização que sofrem por ter um ‘estilo de vida propício ao adoecimento’.

No próximo capítulo será possível analisar como o governo cria mecanismos capazes de julgar estes indivíduos. Será visto, por exemplo, como o controle pode se dar, às vezes, longe do olho dos especialistas. Pois a vigilância na atualidade não necessita mais da *expertise*, com a difusão do conceito de risco qualquer um é potencialmente alvo ou propagador de perigo.

CAPÍTULO III: MEDICALIZAÇÃO E NEGLIGÊNCIA: QUANDO A SAÚDE TORNA-SE OBRIGAÇÃO E O ADOESCER SE FAZ CULPÁVEL

Atualmente as discussões em torno do tema da saúde têm evidenciado a proeminência da idéia de promoção de saúde. A promoção à saúde moderna é hoje um dos mais importantes protótipos teórico-conceituais que serve de referência às políticas de saúde. O interesse deste trabalho em abordar tal perspectiva está no fato destes programas preconizarem a centralidade das condições de vida para a saúde das populações. Este é um ponto caro a discussão que se estabelece em torno da negligência a determinados pacientes. Com isso pode ser dito que espinha a dorsal deste capítulo é parte de uma problemática mais ampla que envolve os programas de promoção da saúde.

Por que falar de promoção da saúde quando o intuito é o de se dissertar a respeito de alguns dos processos político-sociais que atravessam a negligência para com a saúde de uma determinada parcela da população? Para pensar a política social que visa à saúde da população é necessário pensar minimamente as políticas públicas que permeiam a relação saúde população-estado. Ao analisar estas conferências internacionais sobre a promoção da saúde pode-se perceber como o conceito de saúde foi sendo ampliado a partir da década de 1970. O esgotamento do paradigma estritamente biomédico e os “novos” desafios político-sociais impostos aos governos vêm servindo de propulsores aos movimentos que almejam uma ampliação do conceito de saúde.

Entre as diversas formas de pensar esta ampliação, a de promoção de saúde vem se destacando. Este projeto constitui atualmente um dos principais eixos da saúde pública. Nosso interesse nesta abordagem está também em outras incidências que este projeto provoca no campo social. De forma um tanto breve vamos nos deter no alcance que o

ideário da promoção da saúde tem nas políticas públicas brasileiras. Assim, partiremos para uma discussão que levará em conta as contribuições, limitações, paradoxos que permeiam esta forma de conceber o tema da saúde.

3.1 – O CONCEITO DE SAÚDE E ALGUMAS DE SUAS MODULAÇÕES

Ainda na década de 1970 Madel Luz (1978) apresenta ao público brasileiro um rico levantamento sobre a questão da saúde. Naquele momento a autora demonstrou inquietante desconforto perante a conceitualização corrente da saúde enquanto ausência de doença. No decorrer de sua análise constata que as Políticas de Saúde criadas pelo Estado se ocupam apenas da prevenção ou da cura das doenças da população. Assim, estas Políticas não fariam referência à sanidade, ao bem estar, mas ao contrário, à doença. Para o Estado a doença seria pensada como aquilo que tem de ser contido ou evitado e a saúde, por sua vez, se torna sinônimo de medicalização, sendo remetida diretamente às Instituições Médicas.

Para Luz, todavia, o conceito de saúde excede o conceito de medicalização preventiva ou curativa; a saúde abrangeria “a situação vital de indivíduos ou de coletividades”, envolvendo, conseqüentemente, as condições de vida como um todo na sociedade. Destarte, a saúde é compreendida como conjunto de possibilidades concretas de a coletividade criar condições de existência da própria sociedade (LUZ; 1978; 167).

Neste caso saúde remete diretamente às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis da vida social). Remete, portanto às condições em que se dá a produção social (LUZ; 1978; 167).

É justamente enquanto resposta a essa conceitualização limitada de saúde tomada enquanto ausência de doença que na década de 1980 assiste-se à adoção no Brasil de uma nova forma de conceber esta temática. Assim, no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁵ ficou definida a seguinte formulação do conceito em questão;

Em sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.30).

¹⁵ A VIII conferência Nacional de Saúde aconteceu em Brasília no ano de 1986. Foi nesta conferência que se lançaram as bases para a futura constituição do SUS.

Esta nova imagem da saúde, configurada como um conceito integral, resulta da necessidade de se criar uma outra abordagem do artefato complexo saúde-doença. Esta nova abordagem ambiciona ser o contragolpe ao evidente esgotamento do paradigma científico que até então sustentava as práticas destinadas ao campo social da saúde-doença. Pode-se afirmar que esta ampliação do conceito de saúde estabelecida pela VIII Conferência Nacional vem na seqüência ou mesmo no interior de um movimento que intuía discutir este tema a nível mundial.

Assumir o mote da saúde de forma ampla não foi uma novidade da década de 1980. Já no ano de 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) delineava o conceito como “estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não somente a ausência de doença”.

Uma estratégia criada nesse novo enfoque para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas é o de promoção da saúde. Esta tática tem por pretensão partir da compreensão ampla do processo de saúde-doença e de suas contingências (BUSS, 2000).

A estirpe da concepção de “promoção da saúde” está densamente pautada na vigilância à saúde. Sendo sua pretensão atuar sobre os determinantes da saúde nega-se a entendê-la apenas como ausência de enfermidade. Assim, anseia incidir sobre as condições de vida da população, extrapolando a restrição na prestação de serviços clínico-assistenciais. Logo, vê-se que as políticas públicas que pleiteiam tal atitude têm por ambição envolver setores a princípio bem distintos, tais como o saneamento básico, a moradia, distribuição de renda, trabalho digno, nutrição, educação, acesso a serviços essenciais, entre outros aspectos sociais.

O termo promoção da saúde foi cunhado e alocado no contexto de planejamento estratégico formalmente no *New Perspective on the Health of Canadians*. O Informe Lalonde, como também ficou conhecido, surgiu no Canadá, no ano de 1974. Este documento de vanguarda fundamenta-se no conceito de campo de saúde que agrupa os intitulados determinantes da mesma. Este campo seria composto por “quatro amplos

componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde” (BUSS, 2000, p. 167).

O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. (Idem, p. 167).

A promoção da saúde estabelece uma importante ruptura com o protótipo científico que restringe a saúde ao âmbito exclusivamente biológico. Esta nova forma de conceber o tema da saúde-doença permite aos planejadores da mesma direcionar suas intervenções não apenas para o campo da assistência médica, mas também e talvez principalmente para o âmago dos estilos de vida e do meio ambiente. A dita promoção concretiza-se assim como um campo de intervenção e planejamento de políticas.

Ainda na década de 1970, mais precisamente no ano de 1978 aconteceu em Alma-Ata, extinta URSS, sob organização da OMS a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Nessa conferência, é colocada a meta "Todos os povos, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva". O meio que permitiria alcançar esta meta seriam medidas sociais e de saúde direcionados à atenção primária.

A conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do setor da saúde, a ação de muitos outros setores sociais e econômicos (BRASIL, 2002, Declaração de Alma-Ata).

No fim da Conferência de Alma-Ata, levando-se em conta seus desdobramentos e recomendações, foi indicada à realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Tal Conferência acontece em Ottawa, Canadá, no ano de 1986 tornando-se uma importante referência no âmbito das políticas de saúde. Dando seqüência as discussões

iniciadas em Alma-Ata e principalmente inspirados pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde concretiza-se com a criação da Carta de Ottawa. Este documento solidifica-se como um importante marco ao conceituar a promoção da saúde dentro de um amplo espectro de intervenções em que são levados em conta as responsabilidades dos indivíduos e comunidades em seu processo de saúde. A Promoção da Saúde passa então a ser entendida como um processo que almeja capacitar os indivíduos e as comunidades para “controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la”.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida [...] (BRASIL, 2002, Carta de Ottawa).

Mediante estes apontamentos, logo se observa que o conceito de saúde é expandido. Ampliando os horizontes de discussão a Carta menciona como pré-requisitos para a saúde fatores tais como: a paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (BRASIL 2002, Carta de Ottawa).

Segundo Teixeira (2002, p. 105) a criação do ideário da Promoção da Saúde traz de forma inerente uma nova conceituação da saúde. A saúde passa a ser entendida, “não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana”. A positividade do termo encontra-se na ênfase dada aos meios sociais e individuais tanto quanto as capacidades físicas. Para a autora, a promoção da saúde é uma possibilidade concreta de se dar subsídio ao desenvolvimento social, econômico e individual, assim como um efetivo meio de melhorar as condições de vida das populações.

As discussões em torno do tema da saúde são multifacetadas e complexas; com a perspectiva da promoção da saúde os questionamentos também não deixam de se fazer

presentes. A um primeiro olhar seria fácil conceber que a proposta da promoção da saúde e mesmo a ampliação do termo saúde uma vez criados sofreriam apenas pequenas modificações ao longo da história, mas sempre guardariam sua essência. Para alguns autores essa forma de conceber esta temática é equivocada. É que para certos pensadores tanto a promoção da saúde quanto o que se entende por saúde sofreram e sofrem rupturas dentro deste movimento contemporâneo.

Em Carvalho (2004) encontramos um bom exemplo do que se poderia tomar como uma mudança de direção dentro do movimento de criação da Promoção da saúde. Segundo o autor a abordagem sócio-ambiental estabelecida na década de 1980 pelas conferências e resoluções organizadas pela OMS acontecem em ruptura com a perspectiva behaviorista da década de 1970.

O relatório de Lalonde, referência na década de 1970, recomenda que haja uma alteração no foco das ações sanitárias. No relatório, fica estabelecido que o meio para melhorar a saúde da população canadense depende da melhoria do meio ambiente, da moderação de comportamentos de riscos e da ampliação do conhecimento sobre a biologia humana (LALONDE, 1974 *apud* CARVALHO, 2004, p. 670). Lalonde, em sua abordagem, recomenda uma série de intervenções sobre os estilos de vida que apresentam certa margem de risco a saúde, assim são citadas como áreas problemáticas, por exemplo, o tabagismo, o alcoolismo, a drogadicção e os hábitos alimentares. Com isso fica evidente que a ênfase deste documento inaugural está centrada no pressuposto de que os sujeitos devam se responsabilizar pelos seus hábitos (Idem).

Dado de extrema importância oferecido por Carvalho é o de que algumas investigações feitas na década de 1990 demonstraram que a melhoria nas condições de vida das populações atingidas pelas intervenções derivadas da abordagem referente ao relatório Lalonde só incidiram em determinado estrato social. Ou seja, a tão almejada qualidade de vida aconteceu apenas em alguns grupos sociais, indicando que os resultados variavam conforme a classe social do indivíduo. Nestes estudos ficou constatado que havia maior sucesso de aplicação das intervenções em setores de melhor localização na escala social “e um efeito menor, e até mesmo negativo, por parte de setores marginalizados” (HYNDMAN, 1998, *apud* CARVALHO, 2004, p. 670).

Este fenômeno foi objeto de análise de inúmeros estudiosos que apontam, como uma debilidade do modelo explicativo da promoção à saúde, a incorporação residual de fatores como classe, gênero e raça e a excessiva ênfase em intervenções behavioristas. Deriva daqui o conceito de "culpabilização das vítimas" (*blaming the victims*) pelo qual os investigadores significam a situação em que grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade [...] (CARVALHO, 2004, p. 670).

Hoje o ideário sócio-ambiental é um dos mais importantes protótipos teórico-conceituais que auxiliam as políticas de saúde em todo o mundo. Esta abordagem compreende a promoção da saúde como um processo que visa o aumento da habilidade dos sujeitos de controlarem os determinantes da saúde. “Esta categoria constitui um conceito que sintetiza dois elementos-chave para a promoção: a necessidade de mudanças no modo de vida e, também, das condições de vida” (Idem).

O conceito de promoção da saúde que, como vimos, se desenvolveu mais consistentemente no Canadá, nos últimos 20 anos ganhou o mundo e passou a ser referência em diversos países. À Conferência de Ottawa seguiu-se a de Adelaide em 1988, Sundsvall em 1991 e Jacarta no ano de 1997. Em 1992 outro movimento de extrema importância para o tema ocorreu na América Latina com a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992).

3.2 – A SAÚDE E O ESTADO BRASILEIRO

Desde a década de 1970 as concepções referentes à Promoção da Saúde vêm sob a égide da OMS se constituindo como um poderoso alicerce para as políticas públicas em diversas nações. No Brasil este ideário também se fez presente, segundo Carvalho (2004) esta forma de conceber a saúde atualiza-se na proposta da Vigilância à Saúde, é ela também que sustenta o projeto de Cidades Saudáveis influenciando também as práticas de Educação à Saúde. Não poderia deixar de ser citada, ainda, a importância que tem a estratégia de promoção da saúde na estrutura dos vários projetos acoplados ao Programa Saúde da Família que é o hoje o principal meio de reorganização da rede básica.

O que se vê é que especialmente no caso do Brasil a ampliação da concepção de saúde está diretamente ligada à redemocratização do país e ao processo de composição de um sistema público de saúde que abrangesse a população em sua universalidade. É assim que em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde se constitui enquanto um espaço de luta para construção de políticas públicas de saúde onde os dilemas sociais seriam enfrentados em prol da vida. A saúde, como se pode ver foi ali concebida como um direito social irrevogável e inseparável dos direitos humanos e de cidadania. (BRASIL, 2006, p. 10).

No ano de 1988 a Constituição Federal do Brasil define, então, a saúde como um direito de todos e atribui ao Estado o dever de garantir esse direito. A saúde passa a ser arquitetada em sua relação direta às políticas sociais e as condições econômicas. Nesse processo de democratização todos passariam a ter, por direito, acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Assim, a afirmação da saúde refere-se não só a garantia do acesso aos serviços, mas também a formulação de políticas socioeconômicas que atuem na redução dos riscos de adoecer (BRASIL, 1988, Art. 196).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, Art. 198).

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde. Este documento propõe que as intervenções em saúde possam estender seu escopo adotando como artifício os determinantes e condicionantes da saúde. Com este intuito os fatores que envolvem a saúde passam também a ser englobados como acontecimentos que transcendem as unidades de saúde. O aparato biomédico que até então havia sido responsável pela operacionalização do modelo de atenção e cuidado caracterizado pela centralidade do sintoma é tomado enfim como insuficiente na garantia da saúde da população. O processo de saúde-doença seria decorrente dos modos de organização da sociedade em determinado contexto histórico. Logo, as políticas públicas de saúde teriam que incidir também sobre as condições de vida da população e, desta forma, beneficiar “a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham” (BRASIL, 2006, p. 11).

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (Idem, p.10).

Diante destas acepções, o tema da saúde deixa de se limitar a espaços característicos como as instituições de cuidado e atenção tais como hospitais e unidades de saúde. Assegurar a saúde requer agora a preocupação com ambientes extra-hospitalares, no rol destas apreensões estão as moradias, o ambiente de trabalho, o tempo e espaço de lazer, a renda, a alimentação, etc. A saúde resultaria das escolhas que são impostas ou não a sujeitos e coletivos, e aí interessa saber qual a responsabilidade que cada indivíduo tem com seu próprio bem estar e com o dos outros.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da

vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida. (BRASIL, 2006, p. 11)

No decorrer deste breve estudo pode-se ver como o tema da saúde foi sendo abordado de diversas formas. Em uma determinada perspectiva ele foi abordado pelo estado como um simples meio de eliminação de doença; de acordo com a OMS a saúde foi em determinado momento concebida como estado de completo bem estar físico, mental e social; nas declarações de promoção da saúde, por exemplo, foi aceito como um direito fundamental do homem; pode ainda ser tomado como construção social; ou mesmo na constituição brasileira como pré-requisito para o desenvolvimento socioeconômico.

São incontestáveis os avanços no que diz respeito aos direitos da população em relação à saúde. Porém diante de quadros um tanto alarmantes há de se admitir que muito ainda preciso ser feito para que qualquer um possa se valer de tais ganhos jurídicos.

Como foi dito, a relevância da concepção de promoção de saúde neste trabalho é ampla. Acredita-se que por meio dela é possível evidenciar algumas das ambigüidades que permeiam a relação do Estado com aqueles que chamamos doentes negligenciados. Nos últimos anos foi a partir desta concepção que o tema da saúde ganhou espaço em outros meios diversos aos hospitais e unidades de saúde. A promoção da saúde surge em meio a um amplo processo que pretendeu incutir a preocupação com a saúde no cotidiano dos indivíduos. Assim, progressivamente, nota-se crescer a apreensão em relação aos fatos mais ínfimos de nossa existência; a atenção se volta desde a água que se bebe até o ar que se respira, todos esses fatores acarretam potenciais riscos à saúde. A saúde, mais do que nunca, é responsabilidade de todos, e ficar atento aos perigos que a ameaçam é tarefa de cada um. Ou seja, você não é responsável apenas pelo seu corpo, o dever de cuidar da sua saúde implica não colocar em risco a saúde do próximo.

No caso dos tuberculosos, essa exigência de gestão de si se torna ainda mais evidente. Estes têm a obrigação de tomar a medicação corretamente para que não coloque em risco a saúde dos outros.

“Quando descobri que estava com tuberculose fiquei desesperada. Você sabe o peso que esta doença tem. A gente fica com vergonha e não quer que ninguém saiba. Tive medo do preconceito, das pessoas me evitarem, de acharem que a minha casa é suja, essas coisas. Tomei a medicação certinho. No quinto mês o médico falou que eu estava curada que não precisaria mais tomar os remédios, mas eu preferi tomar os seis meses, até o fim. Disso ninguém pode me acusar, tomei os remédios direitinho”(CARLA¹⁶, ex-paciente).

Malgrado os avanços que o tema da promoção de saúde provoca no meio social é preciso estar atento a possíveis mal entendidos. É que com a idéia de estilos de vida é ‘permitido’ ao Estado neoliberal dissolver suas obrigações para com a segurança da saúde das populações e assim inculcar no meio social a idéia de que a qualidade de vida está diretamente relacionada com as escolhas de cada cidadão. As práticas de vida mais cotidianas se tornam, desta forma, o espaço privilegiado para a incidência de novos saberes e poderes. A vida, em seus ínfimos detalhes, ocupa o centro da cena, ela agora é um empreendimento, e assim, cabe a cada um, em suas escolhas, provê-la da melhor forma.

¹⁶ Os nomes presentes nos depoimento são todos fictícios.

3.3 – A SAÚDE PÚBLICA ENQUANTO CONTRAPONTO AO INDIVIDUALISMO

Pelo menos dois pontos de vista insistem na discussão em torno do tema da promoção da saúde. Um deles afirma o caráter progressista dessa abordagem em saúde. Ou seja, estas estratégias, quando adotadas pelos governos, denotariam o caráter democrático das políticas públicas de saúde, ou seja, a promoção da saúde permitiria ao Estado atualizar seu compromisso com a equidade social, demonstrando sua preocupação com as diferenças socioeconômicas. Visto por este viés, isto seria um avanço pois por meio dela seria possível articular a problemática da saúde com as condições de vida da população (CARVALHO, 2004, p. 671).

Segundo Buss (2000) o que caracteriza a promoção da saúde na modernidade é a comprovação por parte desta da importância central dos determinantes gerais das condições de saúde. Sobre o tema ele diz;

Este sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000, p. 167).

Ainda de acordo com Carvalho (2004) um segundo ponto de vista avalia que o projeto da promoção de saúde não faz mais que aplicar o ideário de uma política neoliberal. Com este posicionamento o Estado se afastaria das questões sociais e assim reverteria ao campo individual questões pertinentes à saúde pública. Os investimentos dos órgãos públicos estariam voltados para identificação de hábitos e estilos de vida que, segundo eles, seriam responsáveis cruciais pelo risco à saúde. Aqui se entende que a prioridade dos projetos em saúde pública estejam voltados para componentes educativos. Promover saúde significaria transformar comportamentos de risco que estariam sobre controle dos próprios indivíduos.

Exemplos são encontrados em programas de redução do tabagismo, da alimentação saudável, da prática regular de exercícios físicos, do cuidado ao dirigir entre outros.

Para Caponi (1997, p. 294) em torno do vínculo saúde e sociedade se estabelecem dois tipos de questionamento que por sua vez se referem a problemas que, a princípio, seriam diversos. De um lado há o que se chamaria de condições de vida impostas, ou seja, para determinadas populações viver em um meio não depende de sua escolha. Por exemplo, pensemos nas populações que habitam as favelas cariocas, seria cabível dizermos que sua alimentação e condições de habitação precária, ponto nevrálgico de discussão em torno da tuberculose, se deve simplesmente a uma escolha individual? No intuito de refletir ilustrar esta problemática vamos nos reportar a um caso tuberculose narrado por agentes comunitários moradores da Rocinha.

Certo dia determinada equipe de agentes de saúde recebeu a informação de que uma moradora tuberculosa se recusava a receber tratamento. Diante de tal desventura alguns agentes foram designados a se encaminhar até o barraco desta senhora. O primeiro problema já se instalava: em determinadas localidades da Rocinha o amontoado de casebres não permite que seus moradores se valham de um endereço. Depois de muito caminhar pelos becos íngremes, eis que os nossos “salvadores da pátria” chegam à casa de Maria a tuberculosa. É claro que neste momento nossos agentes de saúde já não o são mais, já é tarde e como de praxe seu horário de trabalho já se excedeu, e muito. Pode-se dizer que quem procura por Maria não são mais os agentes de saúde; apesar do uniforme da prefeitura que permanece em seus corpos quem está à procura da enferma Pedro e Joana. Estes, também moradores da Rocinha, carregam consigo a dor de ver a cada dia a dizimação daquela “casta” da população. Ao chegar a tal casa, Joana e Pedro se deparam com difícil situação: Maria com a porta entreaberta se recusa a vê-los.

No outro dia, já na unidade de saúde, agora já formalmente incumbidos do papel que o Estado lhes deu de agentes de saúde, informam a sua coordenadora sobre o ocorrido. Prontamente, sua superior lhes responde que é preciso que desistam da tal moradora tuberculosa, afinal ela havia feito sua escolha, não queria ser tratada! Apesar da fala repreensiva da coordenadora, os agentes não deixaram de se preocupar com Maria. Insistiram em falar com ela algumas outras vezes. Frente à porta fechada do barraco de

Maria deixaram claro que o que desejavam era conversar, era apenas ouvi-la. A princípio, as conversas se deram com a porta entre eles, mas, aos poucos, Maria ia abrindo a porta de seu barraco. Já no interior do barraco a surpresa nas palavras de Joana “*Maria tinha a barriga aberta de cima a baixo*”. Não havia comida e Maria e sua família estavam sendo despejados por falta do pagamento do aluguel.

Como Maria não saía de casa - e como para o programa agentes de saúde a estratégia era apenas a medicação do paciente - Pedro e Joana saíram pela comunidade conseguindo comida e dinheiro para pagar o aluguel daquela família. Na unidade de saúde, pediram ajuda a uma enfermeira que se comprometeu em usar seu horário de almoço para fazer curativo em Maria. Mas ela ainda precisava falar, é então que conta algumas de suas dores para Joana e Pedro. A enferma era violentada pelo marido que não a deixava sair de casa; num passado não muito distante, Márcio, seu esposo, contraiu o vírus HIV. Assustado ele não contou o fato a ninguém. Nas palavras de Joana, Márcio engravidou Maria e não falou sobre o vírus. Maria, então, dá a luz um menino e, pouco depois, fica sabendo que ela e o filho estão infectados. A criança nunca havia sido medicada - assim como Maria e o esposo. Este proibiu que a esposa e o filho saíssem de casa com medo de a comunidade descobrir que ele era soro-positivo e que, assim, o culpassem pela doença do filho e da esposa.

A importância deste enredo está em por em análise algumas das estratégias defendidas pelo Estado, deste modo dá-se visibilidade a algumas práticas que legitimam a negligência sofrida pela população mesmo quando esta é alvo de políticas públicas de saúde. No caso de Maria, o poder público, através da estratégia DOT, teve unicamente a preocupação de medicar aquele corpo. No entanto, as questões que permeavam tal recusa de “tratamento” eram muito mais complexas. Maria precisava ser ouvida; a violência de seu marido e o medo da exposição frente ao preconceito sofrido pelos tuberculosos e soro-positivos contribuiu para que aquela mulher se isolasse na precariedade de uma vida miserável. Para que se importar em tomar medicamentos quando não se tem o que comer ou onde morar dignamente? Mas Maria não havia desistido de viver; sua porta estava entreaberta, o ato de Joana e Pedro foi célebre, para eles importava não deixar morrer aquele corpo esguio e fraco, marcado pelo sofrimento.

Admirar o ato de Joana e Pedro certamente não consiste num elogio a um “voluntarismo” despropositado que toma para si os encargos do governo. O que nos detém é o movimento de resistência que surge do encontro entre estes trabalhadores e seus pacientes. É das engrenagens da máquina de Estado que surgem as rupturas com o preestabelecido, afinal os agentes de saúde de quem falamos são funcionários da prefeitura do Rio de Janeiro. Tal encargo ao final não impossibilitou que estas pessoas fizessem o que estava além de seu protocolo de trabalho.

Este caso, como tantos outros, ilustram o pensamento de Caponi (1997). Afinal, para ela fatores como alimentação deficiente, condições de ensino precárias, ambientes de trabalho desfavorável, falta de saneamento básico entre outros elementos, são determinantes de diversas enfermidades. Logo, uma política pública que tem como pretensão a transformação das desigualdades quanto à saúde há de levar em conta estas adversidades que atingem boa parcela da população.

No entanto, segundo Caponi (1997, 294) as estratégias e programas de governo não têm se restringido apenas ao âmbito público. Este outro ponto de questionamento, que envolve a relação saúde-sociedade, é aquele em que há valorização de intervenções que abarquem problemas relativos às condutas individuais. Os estilos de vida seriam provenientes de escolhas e, portanto, pertenceriam ao pretense âmbito individual.

Tem-se aqui, portanto, dois problemas: o que envolve as condições de vida do indivíduo condições estas que lhe são impostas - e por outro lado, temos comportamentos e - condutas, ou seja, estilos de vida que seriam provenientes de escolhas. Caponi (1997) defende que as políticas de saúde deveriam incidir sobre o primeiro ponto, o que consiste no âmbito público. No entanto, o que a autora verifica é que no decorrer da história, normalizar condutas se mostrou ao Estado mais fácil que implementar transformações nas condições de vida da população. É assim que, na atualidade, assiste-se a concretização do processo de miscigenação destes dois pontos em análise. Sobre o engodo de promover a saúde da população, o Estado lança políticas públicas que têm como alvo privilegiado determinadas condutas que passam a ser caracterizadas como irresponsáveis e de risco. Desta forma a atenção da sociedade se volta para estes estilos de vida que oferecem risco e em segundo plano, ficam as questões referentes às condições de vida. Mas o problema

ainda é mais complexo, pois, além de sofrer com a negligência do poder público, aqueles que vivem em condições extremas, e por isso se tornam vulneráveis às mais diversas mazelas são culpabilizados pelo seu estado.

Uma queixa constante na fala dos pacientes e ex-pacientes atingidos pela tuberculose é a de que são responsabilizados pelo seu processo de adoecimento. A desistência do tratamento, segundo o governo, é a maior causa de reincidência da tuberculose. Como se viu, a estratégia encontrada pelo poder público para o problema foi a implantação da medicação supervisionada. A conduta do paciente em abandonar a medicação tem lugar central na construção das intervenções em tuberculose, perante este fato uma ex-paciente pergunta: *“se você tivesse que escolher entre trabalhar para dar comida a seu filho ou tomar o remédio o que você escolheria? O medicamento é a pior coisa do mundo, você tem dores abdominais, enjôo e ainda sente muita fome, não dá para trabalhar assim”*. Com o exemplo, fica fácil constatar que o cerne do problema não está meramente na opção feita pela paciente, mas na falta de mais possibilidades de escolha. Como dizer que o ato desta mulher em se negar a tomar a medicação é um problema puramente individual? As alternativas de escolha de que dispõe são produtos de práticas instituídas em seu dia-a-dia, práticas estas que se estabelecem em consonância com o contexto socioeconômico, cultural e político. Esta mulher se vê diante de uma situação em que tem que optar entre alternativas já fixadas em seu cotidiano; trabalhar para alimentar seus filhos ou se medicar e sofrer com efeitos colaterais; para ela, trata-se de alternativas excludentes. Acredita-se que é exatamente neste interstício que as políticas públicas poderiam incidir. Criar novas alternativas e garantir que a possibilidade de escolha efetivamente exista nos parece ser o meio privilegiado das políticas públicas de saúde constituírem um Estado democrático.

Estamos diante de uma ambivalência, pois se de um lado o cidadão tem o direito de cobrar do Estado a garantia e proteção de sua saúde, por outro, este mesmo cidadão exige que as intervenções não incidam nem invadam sua vida privada, ou melhor, seu direito de escolher como viver. Recorrendo a Foucault Vasconcelos, chama a atenção para o fato de que

[...] o desenvolvimento da cidadania social permitiu a institucionalização e difusão de poderes disciplinares que funcionam como dispositivos de normatização dos indivíduos e dos processos de subjetivação, e que não se caracterizam apenas por mecanismos de efeito repressivo, negativo,

mas que funcionam primordialmente de forma positiva, criativa, incentivadora de novos hábitos e prazeres, moldando assim o comportamento, e dos indivíduos e grupos sociais (VASCONCELOS, 2000, p. 179).

Assim, o dilema impõe-se: como políticas públicas de saúde podem se somar à processos de produção de subjetividades autônomas sem, necessariamente, conduzir à normalização social? Como cuidar sem, no entanto, controlar?

Canguilhem (2002) se mostra de grande utilidade nesta discussão; através de sua obra é possível distinguir-se o que se pode denominar de normalização e o que ele chamou de vida normativa. A normalização se definiria como o processo em que a norma seria tomada como padrão a ser seguido. Para Lobo “as diversas acepções do termo norma denotam um ponto em comum: um padrão através do qual toda e qualquer diferença é pensada valorativamente, como algo que dele transborda” (LOBO, p. 114).

O processo de normalização, segundo Canguilhem, está ligado a uma exigência de racionalização crescente no século XIX. A normalização assim se faz presente nos meios técnicos da educação, da medicina, da política e economia. A normalização toma como referência a norma, esta tem com característica ser externa aos objetos sobre os quais incide. “‘Normar’, normalizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda que estranho” (CANGUILHEM, 2002, p. 211).

A normatividade pelo contrário não exige a criação de uma norma ideal que possa servir de padrão ao assujeitamento dos indivíduos. De acordo com Passos e Benevides (2005a) a normatividade seria calcada na experiência concreta dos homens e não em categorias padrão que não coincidem com nenhuma existência concreta. A normatividade, como será visto adiante, implica na criação de normas e não no assujeitamento a elas.

3.4 – SAÚDE ENQUANTO MARGEM DE TOLERÂNCIA

Para Canguilhem (2002, p. 159) a saúde se define como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio”. Para o autor, o mundo esquadrihado pela ciência que estabelece as leis que regem seu funcionamento não se aplica em definitivo aos homens. Estes viveriam em um mundo de objetos qualificados onde os acidentes se fazem presentes constantemente. “É claro que esse meio definido pela ciência é feito de leis, mas essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis”.

A margem de seguridade seria, portanto, a capacidade do indivíduo enfrentar as situações novas que o meio infiel lhe ocasiona. Esta concepção de saúde rompe com uma tese corrente que reduz a saúde a uma simples competência adaptativa. Lobo diz que a aplicação da visão mecanicista de adaptação elimina aquilo que, em particular, constituiria para a biologia a relação organismo e meio. Relação esta na qual ao organismo compete a habilidade de fazer escolhas frente a influências externas, ou seja, ele é ativo em sua seletividade e não meramente reativo.

Um ser vivo não se acha jogado no mundo ao sabor exclusivamente dos acontecimentos do exterior, aos quais ele tem que se submeter. O seu meio, mais do que um fato físico, é também um fato biológico estruturado por ele, ao mesmo tempo em que desenvolve sua singularidade (LOBO, p. 116).

Mais que viver em equilíbrio com o meio, a saúde se define como a aptidão de instaurar novas normas face às situações novas. Passos e Benevides, inspirados em Canguilhem, vão definir a saúde como “experiência de criação de si e de modos de viver, consiste em tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas”. Assim, a vida não se limitaria apenas ao movimento de adequação a normas pré-estabelecidas, mas pelo contrário, ela se determinaria pela produção de novas normas, pela criação de territórios existenciais originais (PASSOS & BENEVIDES, 2005b).

Portanto, devemos dizer que o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido de que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por

ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes (PASSOS & BENEVIDES, 2005b).

A doente, por sua vez, não será aquele que não se acomoda à nenhuma norma, pelo contrário a saúde deficiente é aquela que só admite uma norma, a questão não está na ausência de norma, mas sim na inabilidade de ser normativo. Assim, para Canguilhem, estar com a saúde adequada é poder tornar-se doente e se recuperar. Ou seja, estar com saúde é se sentir mais que normal; mais que se adaptar ao meio é poder criar novas normas de vida.

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas (CANGUILHEM, 2002, p. 158).

A enfermidade, então, vai se caracterizar como “redução da margem de tolerância às infidelidades do meio”. Relendo Goldstein, Canguilhem compreende que a preocupação que se cria em torno de uma doença na verdade não é tão ocasionada pela importância da enfermidade propriamente dita. O cuidado dispensado tem por intuito se precaver para que outras moléstias não se sobressaíam à primeira, isto porque “há uma precipitação de doenças mais do que uma complicação” da mesma. “Cada doença reduz o poder de enfrentar as outras, gasta o seguro biológico inicial sem o qual não haveria nem mesmo vida” (Idem, p.160).

Mais uma vez, cabe aqui o exemplo do problema da incidência da tuberculose nas comunidades. Ainda a pouco foi narrado o caso de Maria; nele é fácil perceber as indicações que Canguilhem postula a respeito da doença enquanto uma redução da margem de tolerância as infidelidades do meio. Maria retrata algo que se passa com freqüência: hoje as maiores vítimas da tuberculose ou talvez as que corram mais riscos são aquelas que

apresentam alguma enfermidade. O HIV sem dúvida é o maior problema, mas outros fatores também têm destaque como, por exemplo, o caso dos alcoólicos e consumidores de outras drogas ilícitas, isso sem falar nos corpos desnutridos por falta de uma alimentação correta. Como viver num mundo em que as flutuações e novos acontecimentos são possíveis quando sua tolerância as infidelidades deste mundo é pequena? Canguilhem dirá; “não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado numa relação”. Ora não cabe então realizar julgamento quanto ao doente em sua individualidade, pensar o doente implica por em jogo a sua relação com a circunstância à qual reage e mais com “os instrumentos de ação que o próprio meio lhe oferece” (CANGUILHEM, 2002, p.150).

No entanto, apesar de não admitir restabelecimentos, a vida admite reparações que são realmente inovações fisiológicas. A redução maior ou menor dessas possibilidades de inovação dá a medida da gravidade da doença. Quanto à saúde, em seu sentido absoluto, ela nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas (Idem, p. 158).

O sentimento de segurança na vida por si mesmo não impõe nenhum limite. Neste ponto Canguilhem é enfático, afirma que mesmo sob seu aspecto físico, o homem não se limita ao seu organismo. É assim que transpondo esta concepção dirá que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da mesma. O instinto de conservação que equivaleria a preocupação em evitar as situações eventualmente geradoras de reações catastróficas, não se define como uma lei que se aplica a toda vida, mas é, acima de tudo, a lei seguida por uma vida limitada. O organismo tem anseios maiores do que o de se manter adaptado ao seu meio e as suas exigências. É exigido do organismo o enfrentamento das eventualidades que se colocam no decorrer da vida, mas para isso é necessário que haja uma margem de segurança para que ele não sucumba face aos acontecimentos.

O homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações - as vezes súbitas - de seus hábitos, mesmo em termos fisiológicos; ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem (Idem; 161).

3.5 - O DISCURSO SOBRE OS RISCOS E A GESTÃO DO COTIDIANO

As táticas de promoção de saúde podem servir a diversos fins. Seu álibi maior, o corpo, assume uma importância inestimável. A saúde dos indivíduos, objeto de saber preferencial desta política de governo, ostenta o lugar comum de intervenções que abrangem o território de encontro entre o corpo individual e a população como um todo.

Vaz dirá que, no contemporâneo, se vive a passagem da norma ao risco. Este se constitui enquanto um conceito primário em que é possível pensar a relação do indivíduo consigo próprio, com os demais e com o mundo como um todo. Ou seja, o risco passa a ser uma categoria que possivelmente permeia todas as relações do homem. “Os valores maiores de nossa sociedade parecem ser, na relação consigo, o bem-estar, a juventude prolongada, o autocontrole e a eficiência; na relação com os outros, a tolerância, a segurança e a solidariedade; na relação com o mundo, a preservação ecológica” (VAZ, 1999, p.11).

A partir da difusão da idéia de risco assiste-se à crescente cientificização da vida e da morte, assim o cotidiano é invadido pela ciência e pela tecnologia que dita principalmente através da mídia a fórmula mágica de uma vida saudável e sem riscos. Na atualidade o conceito de fator de risco foi o que possibilitou a objetivação daquilo reconhecido como perigo, é esta objetivação, por sua vez, possibilita que as informações que dizem respeito aos supostos riscos possam ser vinculados às práticas cotidianas e, assim, passam a fazer parte daquilo o qual proporciona a produção de subjetividade no contemporâneo. Segundo Vaz (1999, p.13), na sociedade disciplinar a forma de lidar com o perigo se constituía de forma diversa, “o perigo era ou subjetivado pela singularidade e força do desejo que habitava um indivíduo ou então conferido a condições sociais, especialmente a miséria e o que dela derivaria”. A docilização dos corpos, sua reclusão em instituições e a moralização das classes perigosas tornaram-se o modo privilegiado de corrigir estas adversidades. Exemplo claro deste momento é quando, no século XIX, a população pobre das grandes cidades passa a ser responsabilizada pela disseminação de moléstias na urbe. É assim que a tuberculose passa a ser reconhecida enquanto ‘doença de negro’ e a difusão da febre amarela pelo circuito urbano é referida aos cortiços da classe pobre (CHALHOUB, 1996).

Hodierno a tuberculose continua a proliferar-se em meio à população que conta com precárias condições de vida. Estas populações sofrem agora com outro estigma, o risco, um pensamento corrente é o de que a cura da tuberculose já existe a mais de 50 anos, logo é inconcebível para a sociedade em geral que muitos indivíduos ainda morram de desta enfermidade. O conceito de risco ocupa um lugar central nesta discussão, pois quando ‘escolhem não se cuidarem’ colocam em jogo não só suas vidas como a dos demais.

Eis aí o lugar central ocupado pelo conceito de risco na sociedade contemporânea. A informação sobre o que o futuro pode ser é modo de obter um futuro que se deseja; a simulação é modo de delimitar aquilo que os homens podem fazer, pois informar sobre os riscos é dizer aquilo que pode e deve ser feito; por fim, antecipar o futuro para propor compromissos é modo de estabilizar os valores do presente na medida em que não são confrontados com um mundo onde valores totalmente outros pudessem vigorar. Trata-se sempre de preservar o mundo e os indivíduos e não de transformá-los (VAZ, 1999, p.15).

Na verdade este deslocamento da norma ao risco de que fala Vaz, vem evidenciar um processo de aprimoramento das relações de poder no contemporâneo. Hoje já não há tanta significância como outrora em afirmar quem está dentro ou fora da norma. O que pode ser tomado como um movimento de desprendimento e até mesmo de liberação se mostra não tão apropriado. Esta liberação não acontece de uma vez por todas, o mesmo movimento que afirma a liberação dos indivíduos da norma os limita dentro da perspectiva do risco. As malhas do poder sobre os indivíduos parecem se fechar e o inusitado acontece: as fronteiras da norma, que separavam o patológico do sadio, começam a se apagar e definitivamente todos passam a estar potencialmente em risco. Todos estão em risco, essa seria a máxima do contemporâneo, e assim é fácil e justificável manter todos sob observação mais apurada. Mas o que não poderia deixar de ser ressaltado é que num país com tantas diferenças sociais como o Brasil, alguns são alvo preferenciais da atribuição dos riscos.

As políticas públicas que visam à promoção da saúde de certa forma tentam abarcar grande parcela da população. Como deixar de citar o cerco armado em torno dos fumantes, ou então a controversa “lei seca” que criminaliza o motorista que dirige após consumir bebidas alcoólicas. Além destes exemplos, em que há um grande apelo ao risco à saúde e integridade do próximo, à tantos outros estilos de vida que são tomados enquanto objeto das estratégias de promoção da saúde e que são tidos como potenciais de risco ao próprio

sujeito, pode ser citada também, a falta da prática regular de exercícios físicos, a alimentação inadequada como outros exemplos. O que não poderia deixar de ser ressaltado é que, nas diversas declarações de promoção da saúde organizadas pela OMS e aqui citadas, os alvos preferenciais de seus programas são os moradores pobres das comunidades e mais detidamente as mulheres destas classes sociais.

Por intermédio das mencionadas estratégias, a promoção à saúde procura responder ao surgimento de um novo complexo mórbido onde causa e efeitos se confundem e se sintetizam num "certo modo de andar a vida", onde fatores como alimentação, *stress*, poluição, violência e sedentarismo apresentam-se como ingredientes indissociáveis dos marcos culturais e sociais onde se inscrevem (Carvalho, 1996). Mais do que fatores de risco, a promoção à saúde é chamada a tratar de situações complexas onde o risco não é mais externo ao indivíduo mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões - biológica, social e cultural (CARVALHO, 2004, p. 673).

Segundo Carvalho (2004) é tomando como base o cálculo da probabilidade que se amplia o arsenal de intervenções e prescrições, assim, estas passam a ser justificadas a partir do ponto em que para estar na mira dos programas de promoção de saúde o indivíduo “não necessita manifestar sintomas” de perigo ou anormalidade, mas, simplesmente, possuir a característica que os expertos responsáveis pelas políticas de prevenção classificam como "fator de risco". Destarte, é em defesa do ideal de erradicação absoluta dos riscos que as cidades vão sendo esquadrihadas. Este processo de mapeamento dos riscos leva em conta tanto as dimensões físicas quanto psíquicas e sociais, é, portanto, através de banco de dados, sistemas de informações, cálculos estatísticos, gráficos e relatórios que vão se delineando e conseqüentemente se multiplicando os objetos a serem avaliados, monitorados e, é claro, regulados. A saúde pública passa a ser responsável, deste modo pelo mapeamento¹⁷ dos supostos riscos sociais, o que teria por objetivo a facilitação da gestão do social.

¹⁷ Sobre a constituição da gestão previsível dos perfis humanos, Castel afirma que as intervenções médico-psicológicas se delimitariam *como um meio de calibrar diferencialmente categorias de indivíduos para assinalá-los a lugares precisos*. Desta forma, o tão esperado diagnóstico emitido pelos especialistas seria a coroação de um processo dito científico em que as populações são distribuídas segundo redes especiais (CASTEL, 1987, p.198).

Para Almeida Filho & Rouquayrol (1992) o risco é um conceito estruturante da epidemiologia moderna, definido como a probabilidade de os membros de uma determinada população desenvolverem uma dada doença ou evento relacionado à saúde em um período de tempo, tendo o cuidado de observarem que, neste caso a probabilidade se refere a modelos abstratos de distribuição populacional, não redutíveis às chances de um indivíduo particular diante de um diagnóstico ou prognóstico. Deste conceito surge a noção correlata de fator de risco, que pode ser definido como um atributo de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais, definidos pela ausência ou menor dosagem de tal característica (CARVALHO, 2004, p. 673)

Carvalho defenderá que apesar do conceito de risco ter sido e ainda ser de inegável importância para as ações sanitárias, isso não isenta tal conceito e principalmente seu uso de uma análise mais criteriosa. Para o autor em questão há necessidade de significar esta categoria principalmente no que diz respeito à sua utilização na promoção da saúde. Esclarecer as ambigüidades faz parte, então, do processo de aperfeiçoamento das estratégias que têm em vista a saúde individual e coletiva. Logo, há obrigação de colocar em jogo “aquilo que é negligenciado na formulação dominante: o risco como uma categoria socialmente construída cujo significado responde à ação de sujeitos que disputam seus interesses” (Idem, p. 673).

O conceito de risco tem em sua constituição e implementação valores em questão, logo ele não poderia ser entendido com um fenômeno dado, passível de análise objetiva. Não se definindo como uma entidade estática, ele seria constantemente forjado em meio a uma rede social plena de interações e construção de sentidos. Ou seja, a definição e a priorização de riscos são construídas através de processos sociais, econômicos, políticos e culturais. Sobre o este ponto Castel afirma ainda:

No entanto, com a informática, torna-se possível constituir fluxos de população, segundo não importa qual critério de diferenciação, em particular as anomalias físicas ou psíquicas, os riscos devidos ao meio ambiente, às carências familiares, o nível de eficiência social, etc. Basta reunir duas condições: dispor de um sistema de codificação bastante rigoroso para objetivar essas diferenças; darem-se os meios de inventariar sistematicamente todas essas pessoas que compõem uma certa população. O saber médico-psicológico propociona um código científico de objetivação das diferenças. Quanto à preocupação de exaustão, ele encontra o meio de se realizar com o exame sistemático das populações. O resto, quer dizer, o fato de abandonar a esses indivíduos constituídos em fluxos estatísticos um destino social homogêneo, é uma questão de vontade política. (CASTEL, 1987, p. 113).

Saindo em defesa das políticas públicas saudáveis, Buss dará um outro tom a essa polêmica que gira em torno da questão da gestão dos riscos sociais. Para ele, a saída seria simplesmente marcar que desde o momento em que se passa a conceber a saúde como um conceito afirmativo e não apenas como a negação da doença, o que se coloca em pauta é prioritariamente o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Logo, as intervenções em saúde têm que ter como prioridade não apenas a diminuição dos riscos de doença, mas também devem visar ao aumento das chances de saúde e de vida (BUSS, 2000).

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vivida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (Idem, p.).

3.6 – GESTÃO DOS RISCOS E GOVERNAMENTALIDADE

Os programas de saúde pública que visam intervir sobre a conduta das populações objetivando transformar seu estilo de vida em prol de um maior bem-estar, programas estes que tem como fim gerir os riscos dentro da sociedade, podem ser lidos como ações de Estado que atuam promovendo a governamentalização. As relações de poder que se estabelecem dentro destes programas de saúde que dizem promover a vida têm um desenho muito característico. A tentativa de gerir a vida destas populações, neste caso, não diz respeito nem a uma forma coercitiva ou no caso violenta, nem tão pouco se dá a partir do consentimento como se poderia ajuizar. É claro que, no funcionamento das relações de poder, a violência e o consentimento podem ser utilizados, no entanto, estes meios não são tomados como fundamento, mas como instrumentos e efeitos. “De fato, aquilo que define uma relação de poder é um modo de ação que age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. Uma ação sobre ação, sobre ações eventuais, ou atuais, futuras ou presentes” (FOUCAULT, 1995a, p. 243).

Com isso percebe-se que o poder só existe em ato. Para haver uma relação de poder é necessário que haja dois componetes essenciais. De um lado é preciso que aquele sobre qual se exerça o poder seja reconhecido e sustentado enquanto um sujeito de ação, aqui a liberdade tem lugar de destaque, ou seja, o poder só pode incidir sobre o indivíduo se este tem em seu horizonte um campo de possibilidades. E é justamente aqui que se situa o outro ponto indispensável ao exercício do poder, pois é diante deste que se deve “abrir um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (Idem; 243).

[...] O exercício do poder pode perfeitamente suscitar tanta aceitação quanto se queira: pode acumular as mortes e abrigar-se sob todas as ameaças que ele possa imaginar. Ele não é em si mesmo uma violência que, às vezes, se esconderia, ou um consentimento que, implicitamente, se reconduziria. Ele é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, 1995, p. 243).

Dentro desta perspectiva, governar se define então como o ato de estruturar o ocasional campo de ação dos outros; conduzir condutas, nisto consiste o governo. No início deste

tópico apontamos como na atualidade os programas de promoção da saúde que tem como objetivo transformar estilos de vida ditos de risco podem ser inseridos no interior daquilo que Foucault chamou de governamentalidade. Cabe ressaltar que, apesar destes programas estarem ligados a políticas de estado, governo e estado não se sobrepõe. No século XVI surgem questões relacionadas ao governo; neste momento governar não se referia propriamente às estruturas políticas e a gestão dos Estados. Dirigir a conduta dos outros implicava em pensar um governo das crianças, das famílias, dos doentes dentre tantos outros (Foucault, 1995, p. 244).

Sobre a governamentalidade Foucault dirá:

E com esta palavra quero dizer três coisas:

1- o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculo e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia políticas e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança.

2- a tendência que em todo o ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.

3- o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado (FOUCAULT, 2006, p. 292).

Com isso, na contemporaneidade ocorre que o Estado passa a ocupar um lugar de destaque no que diz respeito à problemática do governo. Na atualidade toda e qualquer forma de poder passa a referenciar o estado. O que se assiste é a uma crescente estatização das ações de governar, ou seja, o Estado em seu processo de governamentalização capturou dentro de sua máquina as práticas de governo que lhe eram alheias. É claro que as relações de poder não passaram a derivar da máquina do Estado, mas o que se deu foi a sua contínua estatização. Ao se referir ao sentido de governo, Foucault dirá que as relações de poder foram governamentalizadas, ou seja, tornaram-se técnicas de governo que visam a uma ciência política que tem nas instituições do Estado sua segurança (Idem, p. 247).

CONCLUSÃO

[...] O ponto mais intenso das vidas, aquele em que se encontra a sua energia, encontra-se efetivamente onde elas se confrontam com o poder, se batem com ele, tentam utilizar-lhe as forças ou escapar-lhe às armadilhas. Nas palavras breves e estridentes que vão e que vêm entre o poder e as existências mais inessenciais, é sem dúvida aí que estas últimas encontram o único momento que alguma vez lhes foi concedido; é o que lhes dá, para atravessarem o tempo, o pouco de fulgor, o breve clarão que as traz até nós (FOUCAULT, 1992, p.99).

No decorrer de nossos estudos, tornava-se cada vez mais evidente que a problemática envolvendo a negligência era muito mais complexa que a questão da medicamentação. Os problemas de saúde destas populações envolvem doenças que, em sua maioria, são causadas pela miséria e pela exclusão destes indivíduos dos benefícios do desenvolvimento geral da economia, da tecnologia e das ciências.

É assim que, no exemplo dado pela tuberculose observou-se como o uso exclusivo da medicação não resolveu em definitivo a questão da saúde da população afligida. Isto se torna evidente ao consideramos que, mesmo estando a quimioterapia específica para o tratamento desta enfermidade presente no Brasil desde 1950¹⁸, a doença ainda figura entre a população miserável. Logo, se dá conta de que a questão da saúde está intimamente ligada às condições de vida da população. Não se quer com isto dizer que os medicamentos sejam dispensáveis, apenas acredita-se que o problema tem também outras implicações.

¹⁸ Sobre a introdução dos quimioterápicos específicos no tratamento da tuberculose no Brasil consultar GUIMARÃES, R. A tuberculose no Brasil: situação atual. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

Quando sob o viés do conceito Foucaultiano de biopoder analisou-se, em nosso trabalho, a questão dos doentes tuberculosos no Brasil – em dois momentos históricos, final do século XIX e início do século XXI – pôde-se perceber como a relação de negligência com estes doentes atualizaram formas distintas de poder. No final do século XIX a questão racial era preponderante, ou seja, para aquela sociedade morria de tuberculose o negro e, sendo assim, não cabia ao poder público interferir.

Hoje, é verdade, a tuberculose ameaça a todos, mas sem dúvidas seu alvo principal é a população pobre. Utilizando o conceito de racismo de Estado, pôde-se ver como o racismo, ao contrário de sua acepção usual, está para além da discriminação da cor da pele. Assim, em nossas análises, ficou cada vez mais explícito que na sociedade brasileira o racismo de Estado está intimamente ligado à pobreza. A população miserável é negligenciada e, deste modo, fenece de moléstias como a tuberculose, ou seja, estes indivíduos perecem ‘graças’ ao descaso com que são tratados pelo poder público e pela sociedade em geral. Este tipo de extermínio, no entanto, não é condenado, ou seja, este tipo de homicídio é estrategicamente legitimado pelo Estado que tem em suas mãos o direito de “fazer viver e deixar morrer”¹⁹.

Ainda dentre os problemas abordados no trabalho é dado grande destaque ao fenômeno da grande demanda por saúde. Como foi visto, a centralização do tema da saúde está presente como um mecanismo a serviço do biopoder. Esta forma de operar das técnicas de poder evidencia um acontecimento de extrema importância na atualidade: a saúde passou a ser concebida como uma obrigação. Desta forma, os doentes que são negligenciados além de se haver com o descaso do poder público ainda têm o fardo da culpa a ser carregado. Isto ficou claro no caso dos tuberculosos, em que ao invés das autoridades se deterem em assegurar a saúde daqueles indivíduos, os responsabiliza colocando em foco a resistência destes em tomar a medicação.

Passamos desta forma, da disciplina ao biopoder; se antes o desviante era encarcerado em instituições fechadas, hoje é possível vislumbrar as malhas do poder se fechando ainda mais sobre o indivíduo. As tecnologias de poder incidem sobre a vida e, assim, toda e qualquer prática está sujeita a sua sanção. Mas, se o poder em seu exercício incide sobre a

vida fazendo dela seu objeto principal, é oportuno ressaltar que a vida resiste ao poder. Assim, afirmada em toda a sua plenitude, ela se mostra infinitamente irreduzível.

Quando Foucault (1995) afirma que a forma privilegiada do poder se exercer na atualidade é pelo modo de ação sobre a ação dos outros, ele lança mão de um elemento que é imprescindível no processo de resistência da vida: o exercício desta forma de poder pressupõe a liberdade do indivíduo sobre a qual ela incide. Este é um ponto crucial, pois a necessidade da liberdade no centro das formas de governo atuais, apontam para a sempre presente possibilidade de resistência. Tal resistência, por sua vez, pode ser deslumbrada no exemplo de luta que alguns moradores da Rocinha vêm travando contra a tuberculose. Em meio a miséria e a violência, reuniram-se e fizeram-se autores de suas próprias vidas.

Tal exemplo evidencia o que Passos e Benevides (2005a) vinham tentando chamar a atenção: as políticas de Estado não coincidem com as políticas públicas. Para os autores, com a introdução do conceito de saúde coletiva é possível que a dimensão do público seja revitalizada nas políticas de saúde. O que quer dizer que uma vez rompido o elo que identifica o público ao estatal, o coletivo ganha lugar privilegiado na construção da saúde de cada sujeito. O GAEXPA (Grupo de Apoio a Ex-paciente, Paciente e Amigos no Combate de Tuberculose) nasce do encontro de um grupo de agentes comunitários moradores da Rocinha e de alguns pacientes (tuberculosos) e ex-pacientes da comunidade. Conhecedores da realidade daquele meio lutam para que a comunidade tenha melhor estrutura e que seus doentes possam ser dignamente tratados.

Dizíamos que malgrado o fato de a máquina de Estado tendencialmente dobrar para dentro as linhas de capilarização do poder, há sempre um lado de fora do que se dobra. Este fora que insiste no interior da máquina do Estado é o plano do coletivo, aí onde a política se consolida como experiência pública ou *res* pública (PASSOS E BENEVIDES, 2005a, p.).

É ao passo que o domínio do público não se justapõe ao de Estado, que o público passa a denotar a experiência concreta do coletivo. “O plano do público é aquele construído a partir das experiências de cada homem” (Idem). A saúde não pode ser entendida como um dever do cidadão, ela é antes de tudo um direito e, assim, assegurá-la implica menos na culpabilização e vitimização que na criação de possibilidades de escolhas para todo um coletivo.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2007.

ARDOINO, J. & LOURAU, R. *As Pedagogias Institucionais*. São Carlos: Ed. Rima, 2003.

BANDEIRA, M. *Estrela da vida inteira*. Rio de Janeiro: ed. José Olympio, 1986.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*. V 10, n3, jul/ set 2005 a .

BERTOLLI FILHO, C. *Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos*. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI (3): Rio de Janeiro 493-522, nov. 1999-fev. 2000 in http://72.14.205.104/search?q=cache:u_KzFWmB7dMJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0104-59702000000100002%26lng%3Den%26nrm%3Diso%26tln%3Dpt+BERTOLLI+FILHO,+C.+Antropologia+da+doen%C3%A7a+e+do+doente:+percep%C3%A7%C3%B5es+e+estrat%C3%A9gias+de+vida+dos+tuberculosos&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br&client=firefox-a

BRASIL. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília Ministério da Saúde 2002.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Ministério da Educação 1988.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. *Tuberculose, informações para agentes comunitários de saúde.* Brasília Ministério da saúde 2001.

BUSS P.M. *Promoção da saúde e qualidade de vida.* Ciência, saúde coletiva v.5 n.1. 163-167. Rio de Janeiro 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S.: *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud.* *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):287-307, jul.-out. 1997.

CAPONI, S. *Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones.* Cad. Saúde Pública v.23 n.1 Rio de Janeiro jan. 2007.

CARVALHO, S.R. *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.* Ciência saúde coletiva v.9 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2004.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos; da antipsiquiatria à pós-psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial.* São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DELEUZE, G. *Conversações.* São Paulo: Ed. 34, 1992.

DUMAS FILHO, A. *A dama das camélias.* São Paulo: Brasiliense, 1965.

FERNANDES, T.M. *Sol e trevas: histórias sociais da tuberculose brasileira.* História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro vol. 11(3): 767-71, set.-dez. 2004

FOUCAULT, M. *As verdades e as formas jurídicas.* Rio de Janeiro: Puc, 1974.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história In. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979

FOUCAULT, M. *A vida dos homens infames*. In: **O que é um autor?** Lisboa, Vega, 1992.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995

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

FOUCAULT, M. *Direito de morte e poder sobre a vida*. In: *Historia da sexualidade I: a vontade de saber*. 10º ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. *Omnes et singulatim: uma crítica da razão política*. In: *Ditos e Escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade, curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005

GUIMARÃES, R. A tuberculose no Brasil: situação atual. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LOBO, L. F. *Os Infames da História: a instituição das deficiências no Brasil*. Tese de doutorado, PUC/RJ, 1997, mimeo.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. viável

LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

LUZ, M. T. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MASCARENHAS, A. S. *Contribuição para a profilaxia da tuberculose*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro 1928.

MONTENEGRO, TH. *Tuberculose e Literatura: notas de pesquisa*. 2. ed. Rio de Janeiro: A Casa do Livro; 1971.

NASCIMENTO, D. R. *Da indiferença do poder a uma vida diferente: Tuberculose e Aids no Brasil*, Tese de doutorado, UFF, Brasil, 1999.

O GLOBO. 23 de fevereiro de 2007. *Dengue pode afetar turistas e atletas no Pan.*

O GLOBO. 9 de março de 2007. *Cinco casos num condomínio deixam a Barra em alerta contra a dengue.*

O GLOBO. 11 de Abril de 2007. *Rio terá brigadas antidengue no Pan: superintendente de vigilância e saúde sugere telas contra mosquitos na vila dos atletas.*

O GLOBO. 26 de Abril de 2007. *Dengue em favelas vizinhas preocupa: só em comunidade ao lado da Vila índice de infestação de 'Aedes aegypti' chega a 4,9%.*

O GLOBO. 16 de Setembro de 2007. *O mal da miséria: Estado do Rio registra cem mil casos de tuberculose em sete anos, a maioria nas favelas.*

ORTEGA, F. *Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt*. In: Interface – Comunic., saúde, Educ., V. 8, nº 14, p. 9 – 20, setembro de 2003 – fevereiro de 2004.

PÔRTO, A. *Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito*. Revista Saúde Pública; 41(Supl. 1): 43-49. 2007

PÔRTO A.; NASCIMENTO D.R. *Tuberculosos e seus itinerários*. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro vol. 1 (2): nov. 1994 – fev. 1995. 129-141.

QUEIROZ, DS. *Floradas na serra* Editora José Olympio, 1984.

RODRIGUES, N. *Memórias*. Rio de Janeiro: Edições correio da manhã, 1967.

RUFFINO-NETTO A. *Tuberculose: a calamidade negligenciada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical V 35(1): 51-58, jan/fev, 2002. 51-57

SILVA A.C.O.; ZOUSA M.C.M.; NOGUEIRA J.A. ; MOTTA M. C. S. *Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro.* Revista eletrônica de enfermagem V 9, n 2, 402-416. 2007. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>.

SOARES, P P. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose.* História, ciência, Saúde – Manguinhos, VI (1). Rio de Janeiro. Julho/Out. 1994.

STEPAN, N. L. Medicina tropical e saúde pública na América Latina. In: História, Ciência, Saúde: Manguinhos. – v. 4, número 3. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

TEIXEIRA, M. B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.* Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários de saúde. Em: AMARANTE, P. (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

VAZ, P. R. G. *Corpo e Risco*, 1999. In <http://www.eco.ufrj.br/paulovaz/>. Pesquisado em 04 de abril de 2008.